



Fundusze Europejskie
dla Lubelskiego



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



PROJEKT

PROGRAM POLITYKI ZDROWOTNEJ

Zdrowe serce Lubelszczyzny – program kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej

Podstawa opracowania Programu Polityki Zdrowotnej: Art. 48a
ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze
środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 146).



Okres realizacji programu: 2026-2029 r.

LUBLIN 2026

Nazwa Dokumentu:

Regionalny Program Zdrowotny pn.:

Zdrowe serce Lubelszczyzny – program kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej

dofinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w związku z projektem pn.: „Opracowanie czterech programów związanych ze środowiskiem pracy, w tym dwóch programów profilaktycznych w obszarze chorób układu krążenia i nowotworowych oraz dwóch programów rehabilitacyjnych w obszarze chorób układu krążenia i układu nerwowego” w ramach Działania 9.5 Ochrona środowiska pracy Priorytet IX Zaspokajanie potrzeb rynku pracy programu Fundusze Europejskie dla Lubelskiego 2021-2027

Nr Umowy: 12/FELU.09.05-IZ.00-0012/24-00

Okres realizacji programu: 2026-2029 r.

Autorzy Dokumentu:

Rada Programowa do opracowania programu rehabilitacyjnego w obszarze chorób układu krążenia (ChUK) w ramach projektu pn. „Opracowanie czterech programów związanych ze środowiskiem pracy, w tym dwóch programów profilaktycznych w obszarze chorób układu krążenia i nowotworowych oraz dwóch programów rehabilitacyjnych w obszarze chorób układu krążenia i układu nerwowego” współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej.

- 1) Elżbieta Pachucka-Włas – Zastępca Dyrektora ds. Medycznych WOMP CP-L w Lublinie - Przewodnicząca Rady,
- 2) Iwona Kochanec – Kierownik Ośrodka Profilaktyki i Promocji Zdrowia - Członek Rady,
- 3) Agnieszka Ciechan – Starszy asystent Ośrodka Profilaktyki i Promocji Zdrowia - Członek Rady,
- 4) Anna Bartoszczyk – Fizjoterapeuta - Członek Rady,
- 5) Marzena Janik-Palazollo – Lekarz kardiolog - Członek Rady,

przy współpracy z ekspertem:

Konsultant wojewódzki w dziedzinie kardiologii - Pan dr hab. n. med. Andrzej Główniak, prof. UML.

Spis treści

I.	Opis choroby lub problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej	6
1.1.	OPIS PROBLEMU ZDROWOTNEGO	6
1.1.1.	ANALIZA ABSENCJI Z POWODU CHOROÓB UKŁADU KRAŻENIA W WOJEWÓDZTWIE LUBELSKIM NA TLE POLSKI W LATACH 2021–2023	9
1.1.2.	ANALIZA LICZBY ZAŚWIADCZEŃ LEKARSKICH WYDAWANYCH Z POWODU CHOROÓB UKŁADU KRAŻENIA W WOJEWÓDZTWIE LUBELSKIM NA TLE POLSKI W LATACH 2021–2023	12
1.2.	DANE EPIDEMIOLOGICZNE I STATYSTYCZNE	14
1.2.1.	GŁÓWNE DANE STATYSTYCZNE WOJEWÓDZTWA LUBELSKIEGO W UJĘCIU SPOŁECZNO-GOSPODARCZYM NA TLE POLSKI	14
1.2.2.	EPIDEMIOLOGIA I TRENDY WOJEWÓDZTWA LUBELSKIEGO NA TLE POLSKI W ASPEKcie CHUK... ..	17
1.2.3.	GŁÓWNE PRZYCZYNY ZGONÓW W LATACH 2021-2023 W POLSCE	20
1.2.4.	DŁUG ZDROWOTNY SPOWODOWANY WIRUSEM SARS-CoV-2	23
1.3.	OPIS OBECNEGO POSTĘPOWANIA.....	27
1.3.1.	PODSTAWY PRAWNE I FORMY REHABILITACJI KARDIOLOGICZNEJ W RAMACH NFZ	27
1.3.2.	KOMPLEKSOWA OPIEKA SPECJALISTYCZNA PO ZAWALE MIĘŚNIA SERCOWEGO – KOS-ZAWAŁ.. ..	28
1.3.3.	PROGRAM PROFILAKTYKI CHOROÓB UKŁADU KRAŻENIA (CHUK)	29
1.3.4.	ŚCIEŻKA KARDIOLOGICZNA W RAMACH OPIEKI KOORDYNOWANEJ REALIZOWANEJ PRZECZ POZ . ..	29
1.3.5.	SPECJALISTYCZNA PORADA KARDIOLOGICZNA W RAMACH AOS.....	30
1.3.6.	REHABILITACJA LECZNICZA W RAMACH PREWENCJI RENTOWEJ ZUS	30
1.3.7.	NARODOWY PROGRAM CHOROÓB UKŁADU KRAŻENIA 2022–2032.....	31
1.4.	UZASADNIENIE POTRZEBY WDROŻENIA REGIONALNEGO PROGRAMU ZDROWOTNEGO	31
1.4.1.	STRATEGIE KRAJOWE	31
1.4.2.	STRATEGIE REGIONALNE	34
II.	Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji.....	37
2.1.	CEL GŁÓWNY.....	37
2.2.	CELE SZCZEGÓŁOWE	37
2.3.	MIERNIKI EFEKTYWNOŚCI REALIZACJI PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ	38
III.	Charakterystyka populacji docelowej oraz charakterystyka interwencji, jakie są planowane w ramach programu polityki zdrowotnej.....	40
3.1.	POPULACJA DOCELOWA	40
3.2.	KRYTERIA KWALIFIKACJI DO UDZIAŁU W REGIONALNYM PROGRAMIE ZDROWOTNYM ORAZ KRYTERIA WYŁĄCZENIA Z REGIONALNEGO PROGRAMU ZDROWOTNEGO	45
3.2.1.	KRYTERIA WŁĄCZENIA:	45
3.2.2.	KRYTERIA WYŁĄCZENIA:	46
3.2.3.	SPOSÓB INFORMOWANIA O REGIONALNYM PROGRAMIE ZDROWOTNYM	47
3.3.	PLANOWANE INTERWENCJE	48

3.4.	REKOMENDACJE NAUKOWE DOTYCZĄCE POSTĘPOWANIA W PROBLEMIE ZDROWOTNYM ORAZ SKUTECZNOŚĆ I BEZPIECZEŃSTWO PLANOWANYCH DZIAŁAŃ	58
3.5.	SPOSÓB UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W RAMACH REGIONALNEGO PROGRAMU ZDROWOTNEGO.....	64
3.6.	SPOSÓB ZAKOŃCZENIA UDZIAŁU W REGIONALNYM PROGRAMIE ZDROWOTNYM	68
IV.	Organizacja regionalnego programu zdrowotnego	69
4.1.	ETAPY PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ I DZIAŁANIA PODEJMOWANE W RAMACH ETAPÓW.....	69
4.2.	WARUNKI REALIZACJI PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ DOTYCZĄCE PERSONELU, WYPOSAŻENIA I WARUNKÓW LOKALOWYCH.....	70
V.	Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej	74
5.1.	MONITOROWANIE	74
5.2.	EWALUACJA.....	75
VI.	Budżet programu polityki zdrowotnej	77
6.1.	BUDŻET I METODOLOGIA SZACOWANIA KOSZTÓW PROGRAMU	77
6.2.	KOSZTY JEDNOSTKOWE	78
6.2.1.	KOSZTY PRZYGOTOWAWCZE	78
6.2.2.	KOSZT INTERWENCJI.....	78
6.2.3.	KOSZTY PERSONELU ORGANIZACYJNEGO I ZARZĄDZAJĄCEGO	79
6.3.	KOSZTY CAŁKOWITE	79
6.4.	ŹRÓDŁA FINANSOWANIA	82
	SPIS WYKRESÓW:	83
	BIBLIOGRAFIA.....	84
	ZAŁĄCZNIKI:	88

Słownik skrótów

6MWT	6 Minutowy Test Marszowy
ACC	American College of Cardiology
AHA	Amerykańskie Towarzystwo Kardiologiczne (ang. <i>American Heart Association</i>)
AOS	Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna
AOTMiT	Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
ASPC	Amerykańskie Towarzystwo Kardiologii Prewencyjnej (ang. <i>American Society for Preventive Cardiology</i>)
BAEL	Badania Aktywności Ekonomicznej Ludności
BASiW	Baza Analiz Systemowych i Wdrożeńiowych
BNP	Peptyd natriuretyczny typu B
ChUK	Choroby Układu Krążenia
CTK	Ciśnienie tętnicze krwi
CVD	Choroby układu krążenia
DALY	Lata życia skorygowane niesprawnością z (ang. <i>disability-adjusted life years</i>)
ECHO	badanie echokardiograficzne serca
EFS	Europejski Fundusz Społeczny
EKG	Elektrokardiogram
EQ-5D-5L	Kwestionariusz pomiaru jakości życia
ESC	Europejskie Towarzystwo Kardiologiczne (ang. <i>European Society of Cardiology</i>)
FEL	Program Fundusze Europejskie dla Lubelskiego 2021-2027
GUS	Główny Urząd Statystyczny
HDL	lipoproteiny o wysokiej gęstości (high-density lipoprotein)
i3C	International Childhood Cardiovascular Cohort
ICD-10	Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych
IPAQ	Międzynarodowy Kwestionariusz Aktywności Fizyczne
IZ	Instytucja Zarządzająca Programem Fundusze Europejskie dla Lubelskiego 2021-2027
JST	Jednostka samorządu terytorialnego
KRK	Kompleksowa Rehabilitacja Kardiologiczna
LDL	Lipoproteiny o niskiej gęstości (Low-Density Lipoprotein)
MZ	Ministerstwo Zdrowia
NFZ	Narodowy Fundusz Zdrowia
NICE	Narodowy Instytut Doskonałości Zdrowia i Opieki (ang. <i>National Institute for Health Care Excellence</i>)
NIK	Najwyższa Izba Kontroli
NPChUK	Narodowy Program Chorób Układu Krążenia na lata 2022-2032
OK	Ośrodek Koordynujący
OZW	Ostre Zespoły Wieńcowe
POZ	Podstawowa Opieka Zdrowotna
PTK	Polskie Towarzystwo Kardiologiczne
PUP	Powiatowy Urząd Pracy
RPZ	Regionalny Program Zdrowotny
SGI	Indeks społeczno-demograficzny (Socio-Demographic Index)
SIGN	Szkocka Międzyuczelniana Sieć Wytucznych (ang. <i>Scottish Intercollegiate Guidelines Network</i>)
TG	Tyreoglobulina
UACR	wskaźnik albumina/kreatynina w moczu (Urine Albumin-to-Creatinine Ratio)

UE	Unia Europejska
UMWL	Urząd Marszałkowski Województwa Lubelskiego w Lublinie
USG	Ultrasonografia
WHO	Światowa Organizacja Zdrowia (ang. <i>World Health Organization</i>)
WPT	Wojewódzki Plan Transformacji
YLD	lata życia z niepełnosprawnością (ang. <i>years lived with disability</i>)
YLL	utracone potencjalne lata życia (ang. <i>years of life lost</i>)
ZUS	Zakład Ubezpieczeń Społecznych

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

1.1. Opis problemu zdrowotnego

Choroby układu krążenia (ChUK) stanowią jedno z najpoważniejszych zagrożeń dla zdrowia publicznego zarówno w Polsce, jak i na świecie. W ich skład wchodzi między innymi: nadciśnienie tętnicze, choroba niedokrwienna serca, zawał mięśnia sercowego, niewydolność serca, udary mózgu czy miażdżyca naczyń. Według danych Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), choroby te są najczęstszą przyczyną zgonów na świecie, odpowiadając za około 17,9 miliona zgonów rocznie. Więcej niż cztery na pięć zgonów z powodu chorób układu krążenia jest spowodowanych zawałem serca i udarem mózgu. Jedna trzecia tych zgonów występuje przedwcześnie u osób w wieku poniżej 70 lat.¹

W Polsce problem ten jest szczególnie istotny – choroby układu krążenia od lat zajmują pierwsze miejsce w strukturze przyczyn zgonów² i stanowią ogromne obciążenie dla systemu ochrony zdrowia. Starzejące się społeczeństwo, niewłaściwy styl życia oraz brak skutecznej profilaktyki to tylko niektóre z czynników, które przyczyniają się do utrzymywania się wysokiego poziomu zachorowalności i umieralności.

Dane epidemiologiczne wskazują, że choroby układu krążenia stanowią około 40% wszystkich przyczyn zgonów w Polsce. Mimo postępów w diagnostyce i leczeniu, częstość występowania tych chorób pozostaje na wysokim poziomie. Co więcej, analiza liczby zaświadczeń lekarskich wydanych z powodu ChUK wskazuje na ich rosnące znaczenie również jako przyczyny niezdolności do pracy³

Choroby układu krążenia (ChUK) kategoryzowane są w oparciu o Międzynarodową Klasyfikację Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10⁴. ChUK poświęcony jest rozdział IX (I00-I99) klasyfikacji, obejmujący m.in. następujące kody:

- I00–I02 Ostra choroba reumatyczna
- I05–I09 Przewlekła choroba reumatyczna serca
- I10–I15 Nadciśnienie tętnicze
- I20–I25 Choroba niedokrwienna serca
- I26–I28 Zespół sercowo-płucny i choroby krążenia płucnego
- I30–I52 Inne choroby serca
- I60–I69 Choroby naczyń mózgowych
- I70–I79 Choroby tętnic, tętniczek i naczyń włosowatych
- I80–I89 Choroby żył, naczyń limfatycznych i węzłów chłonnych, niesklasyfikowane gdzie indziej
- I95–I99 Inne i nieokreślone zaburzenia układu krążenia.

¹ WHO. Cardiovascular diseases (CVDs) – Key facts, 2023, https://www.who.int/health-topics/cardiovascular-diseases#tab=tab_1

² GUS. Rocznik Statystyczny Rzeczypospolitej Polskiej 2023

³ Opracowanie własne na podstawie „Wydatki na świadczenia z ubezpieczeń społecznych związane z niezdolnością do pracy w 2023 r.

⁴ Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych, Rewizja X, Tom I [<https://stat.gov.pl/Klasyfikacje/doc/icd10/pdf/ICD10TomI.pdf>; dostęp: 26.03.2024 r.].

Grupy chorób układu krążenia, oznaczone w Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób (ICD-10) kodami I00–I99, obejmują szeroki zakres schorzeń o różnym podłożu i stopniu nasilenia, od stanów zapalnych po przewlekłe choroby degeneracyjne. Każda z poniższych grup charakteryzuje się specyficznym obrazem klinicznym i konsekwencjami zdrowotnymi.

Grupa I00–I02, czyli ostra choroba reumatyczna, obejmuje następstwa zakażeń paciorkowcowych, głównie gardła, które mogą prowadzić do zapalenia serca, stawów, skóry i ośrodkowego układu nerwowego. Choroba ta występuje najczęściej u dzieci i młodzieży, a jej powikłania mogą prowadzić do trwałego uszkodzenia zastawek serca.

Kody I05–I09 obejmują przewlekłą chorobę reumatyczną serca, która rozwija się jako następstwo ostrej choroby reumatycznej. Jej głównym objawem są trwałe uszkodzenia struktur serca – głównie zastawek – prowadzące do niewydolności serca i zaburzeń hemodynamicznych. Choroba ta, choć rzadsza niż inne schorzenia sercowo-naczyniowe, wiąże się z długotrwałą niepełnosprawnością.

Zakres I10–I15 dotyczy nadciśnienia tętniczego, które jest jednym z najczęstszych i najistotniejszych czynników ryzyka chorób układu krążenia. Wyróżnia się nadciśnienie pierwotne (samoistne) oraz wtórne (wynikające z innych schorzeń, np. nerek lub układu hormonalnego). Przewlekłe, nieleczone nadciśnienie prowadzi do uszkodzenia naczyń krwionośnych, serca, nerek oraz mózgu.

Grupa I20–I25 obejmuje chorobę niedokrwinną serca, zwaną także chorobą wieńcową. Jest ona skutkiem zwężenia lub zamknięcia tętnic wieńcowych przez blaszki miażdżycowe, co ogranicza dopływ tlenu do mięśnia sercowego. Może objawiać się dusznicą bolesną (ból w klatce piersiowej), zawałem serca lub nagłym zatrzymaniem krążenia.

Choroby sklasyfikowane w grupie I26–I28 to zespół sercowo-płucny i choroby krążenia płucnego, do których należy m.in. zatorowość płucna oraz nadciśnienie płucne. Są to stany związane z zaburzeniami przepływu krwi przez płuca, często prowadzące do przeciążenia i niewydolności prawej komory serca.

Pod kody I30–I52 zaliczają się inne choroby serca, obejmujące m.in. zapalenia osierdza i mięśnia sercowego, zaburzenia rytmu serca (arytmie), niewydolność serca oraz wady wrodzone i nabyte. Ta różnorodna grupa chorób może mieć zarówno ostre, jak i przewlekłe przebiegi, wymagające złożonego leczenia.

Zakres I60–I69 obejmuje choroby naczyń mózgowych, będące jedną z głównych przyczyn zgonów i niepełnosprawności w populacji dorosłej. Najczęstsze są udary mózgu – niedokrwienne (spowodowane zatorem lub zakrzepem) oraz krwotoczne (wynikające z pęknięcia naczynia). Choroby te mają często nagły początek i mogą prowadzić do trwałych deficytów neurologicznych.

Grupa I70–I79 to choroby tętnic, tętniczek i naczyń włosowatych, do których należy przede wszystkim miażdżyca – przewlekły proces zapalno-zwyrodnieniowy naczyń. Może ona prowadzić do niedokrwienia kończyn dolnych, tętniaków aorty czy zatorów obwodowych. W tej grupie znajdują się również zapalenia naczyń oraz choroby rzadziej występujące, jak choroba Buergera.

Choroby klasyfikowane jako I80–I89 dotyczą układu żylnego i limfatycznego. Do najważniejszych należą zakrzepica żył głębokich i zespół pozakrzepowy, które mogą prowadzić do zatorowości płucnej. W tej grupie znajdują się także choroby naczyń limfatycznych oraz niewydolność żylna, powodująca obrzęki i owrzodzenia kończyn dolnych.

Na koniec, grupa I95–I99 obejmuje inne i nieokreślone zaburzenia układu krążenia. Są to stany trudne do jednoznacznego zaklasyfikowania, często diagnozowane na podstawie objawów klinicznych bez precyzyjnego rozpoznania przyczyny. Mogą obejmować m.in. hipotonię (niskie ciśnienie krwi), omdlenia naczyniowe czy niewyjaśnione zatrzymania krążenia.

Podsumowując, choroby układu krążenia to niezwykle zróżnicowana grupa schorzeń, które różnią się przyczynami, objawami i rokowaniem, ale łączy je wspólny wpływ na funkcjonowanie układu naczyniowego i sercowego. Są one główną przyczyną zgonów i obciążenia systemu opieki zdrowotnej w Polsce i na świecie.

Przyjmuje się, że znacząca rola w zapobieganiu ostrym incydentom wieńcowym przypada profilaktyce (tj. wykrywaniu, ocenie i podejmowaniu działań modyfikujących lub eliminujących stwierdzone czynniki ryzyka), ponieważ wiele czynników ryzyka sercowo-naczyniowego podlega modyfikacji⁵.

Wśród podstawowych czynników ryzyka chorób sercowo-naczyniowych wyróżnia się czynniki modyfikowalne (tj. takie, na które można wpływać poprzez modyfikację stylu życia lub terapię) oraz czynniki niemodyfikowalne (tj. takie, na które nie można skutecznie oddziaływać). Znajomość czynników ryzyka jest podstawą działań profilaktycznych w zakresie chorób serca, opierających się na ocenie, wykrywaniu i modyfikacji lub eliminacji tych czynników, na które możemy oddziaływać.

Do czynników ryzyka sercowo-naczyniowego podlegających modyfikacji należą:

- nieprawidłowe nawyki żywieniowe,
- palenie tytoniu,
- mała aktywność fizyczna,
- podwyższone ciśnienie tętnicze,
- zaburzenia lipidowe (zwiększone stężenie cholesterolu LDL w osoczu, niskie stężenie cholesterolu HDL, zwiększone stężenie triglicerydów),
- zaburzenia gospodarki węglowodanowej (nieprawidłowa tolerancja glukozy lub cukrzyca),
- nieprawidłowa masa ciała (nadwaga lub otyłość),
- zawodowe (stres, praca zmianowa, długotrwałe narażenie na hałas, substancje toksyczne, niekorzystne warunki środowiskowe (np. wysoka temperatura, wilgotność), a także praca w pozycji siedzącej przez długi czas)⁶.

Modyfikacji nie podlega natomiast:

- wiek (mężczyźni ≥ 45 lat, kobiety ≥ 55 lat),
- płeć (większe ryzyko u mężczyzn niż u kobiet przed menopauzą),

⁵ Ewa Kowalik, Specyfika chorób kardiologicznych – różnorodność przyczyn, objawów i metod leczenia, (w:) Proces leczenia w Polsce – analizy i modele. Tom II Kardiologia, (red.) Barbara Więckowska, Ministerstwo Zdrowia, Warszawa 2015, s. 15.

⁶ Raport końcowy, Ocena skuteczności wybranych programów profilaktycznych w ramach Poddziałania 2.3.1 PO KL, 2021, s. 46

- obciążający wywiad rodzinny (wczesne występowanie w rodzinie chorób o podłożu miażdżycowym).

Ponadto wyróżnia się tzw. nowe czynniki i markery istotne z perspektywy oceny ryzyka sercowo-naczyniowego, do których należą: wskaźniki reakcji zapalnej (hs-CRP, fibrynogen) oraz biomarkery zakrzepowe (homocysteina, fosfolipaza A2 związana z lipoproteinami).⁷

Choroby układu krążenia mają poważne konsekwencje zarówno dla zdrowia jednostki, jak i dla funkcjonowania całego społeczeństwa. Oprócz wysokiej śmiertelności, powodują również znaczne ograniczenia w codziennym funkcjonowaniu, często prowadzą do trwałej niezdolności do pracy oraz znacznego obniżenia jakości życia.

Z perspektywy społecznej i ekonomicznej, choroby sercowo-naczyniowe generują ogromne koszty bezpośrednie (leczenie szpitalne, rehabilitacja, leki) oraz pośrednie (utrata produktywności, absencja chorobowa, wcześniejsze zgony). W skali kraju oznacza to miliardowe straty dla gospodarki oraz rosnące obciążenie dla systemu ochrony zdrowia.

1.1.1. Analiza absencji z powodu chorób układu krążenia w województwie lubelskim na tle Polski w latach 2021–2023

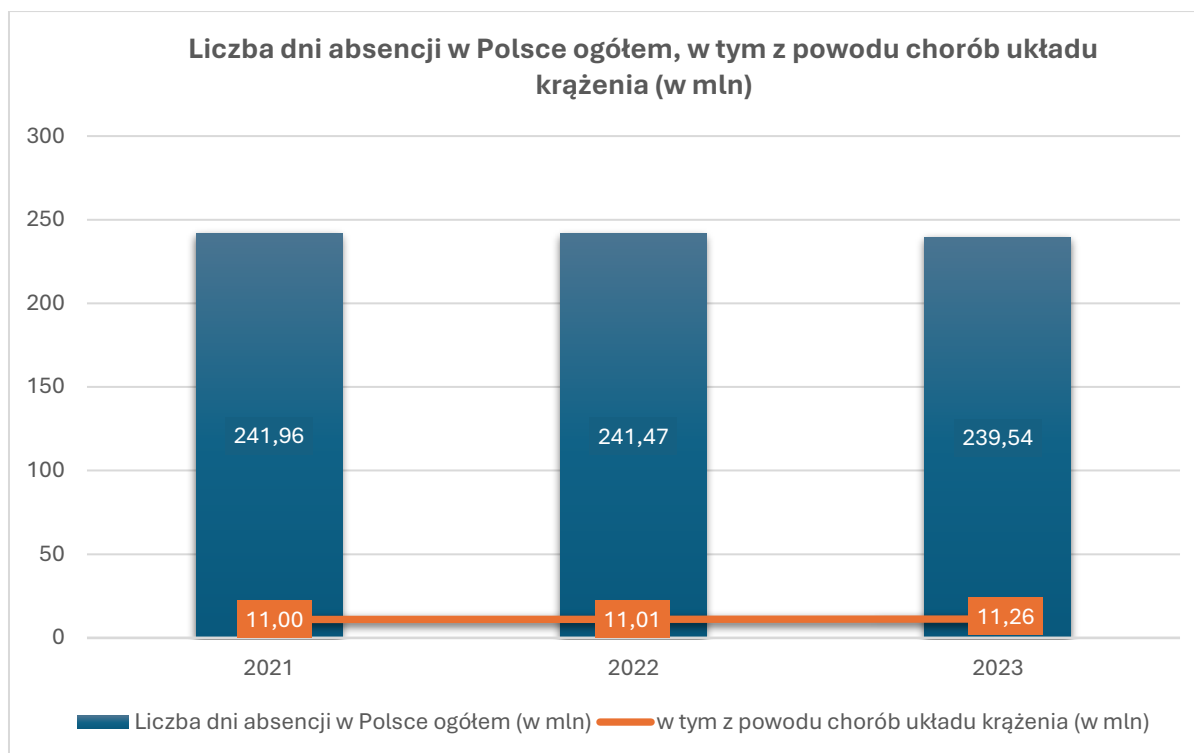
W latach 2021–2023 liczba dni absencji chorobowej w Polsce wykazywała niewielką tendencję spadkową, jednak jednocześnie zaobserwowano wzrost absencji spowodowanej chorobami układu krążenia. Poniżej przedstawiono szczegółową analizę danych.

W 2021 roku liczba wszystkich dni absencji wyniosła 241,96 mln, natomiast w 2022 roku odnotowano jej nieznaczny spadek do poziomu 241,47 mln dni, co stanowiło spadek o 0,49 mln dni, czyli o 0,20%. W 2023 roku trend spadkowy się utrzymał – liczba dni absencji ogółem wyniosła 239,54 mln, co oznacza dalszy spadek o 1,93 mln dni względem roku poprzedniego, czyli o 0,80%. W ciągu całego analizowanego okresu (2021–2023) łączna liczba dni absencji spadła o 2,42 mln, co daje spadek o 1,00%.

W odróżnieniu od ogólnego trendu, absencje chorobowe spowodowane chorobami układu krążenia wykazywały tendencję wzrostową. W 2021 roku liczba dni absencji z tego powodu wyniosła 11,00 mln, a w 2022 roku nieznacznie wzrosła do 11,01 mln (wzrost o 0,01 mln dni, czyli 0,09%). W 2023 roku natomiast nastąpił wyraźniejszy wzrost do 11,26 mln dni, co oznaczało przyrost o 0,25 mln dni w porównaniu do 2022 roku, a więc o 2,27%. Łączny wzrost absencji z powodu chorób układu krążenia w analizowanym okresie wyniósł 0,26 mln dni, co stanowi wzrost o 2,36%.

Równolegle wzrósł także udział chorób układu krążenia w ogólnej strukturze absencji. W 2021 roku wynosił on 4,55%, w 2022 – 4,56%, a w 2023 – 4,70%. Oznacza to, że mimo ogólnego spadku absencji, coraz większy ich odsetek związany jest z chorobami układu krążenia.

⁷ Więckowska, B (red.). (2015) Proces leczenia w Polsce – analizy i modele, Tom II Kardiologia, Ministerstwo Zdrowia, Warszawa



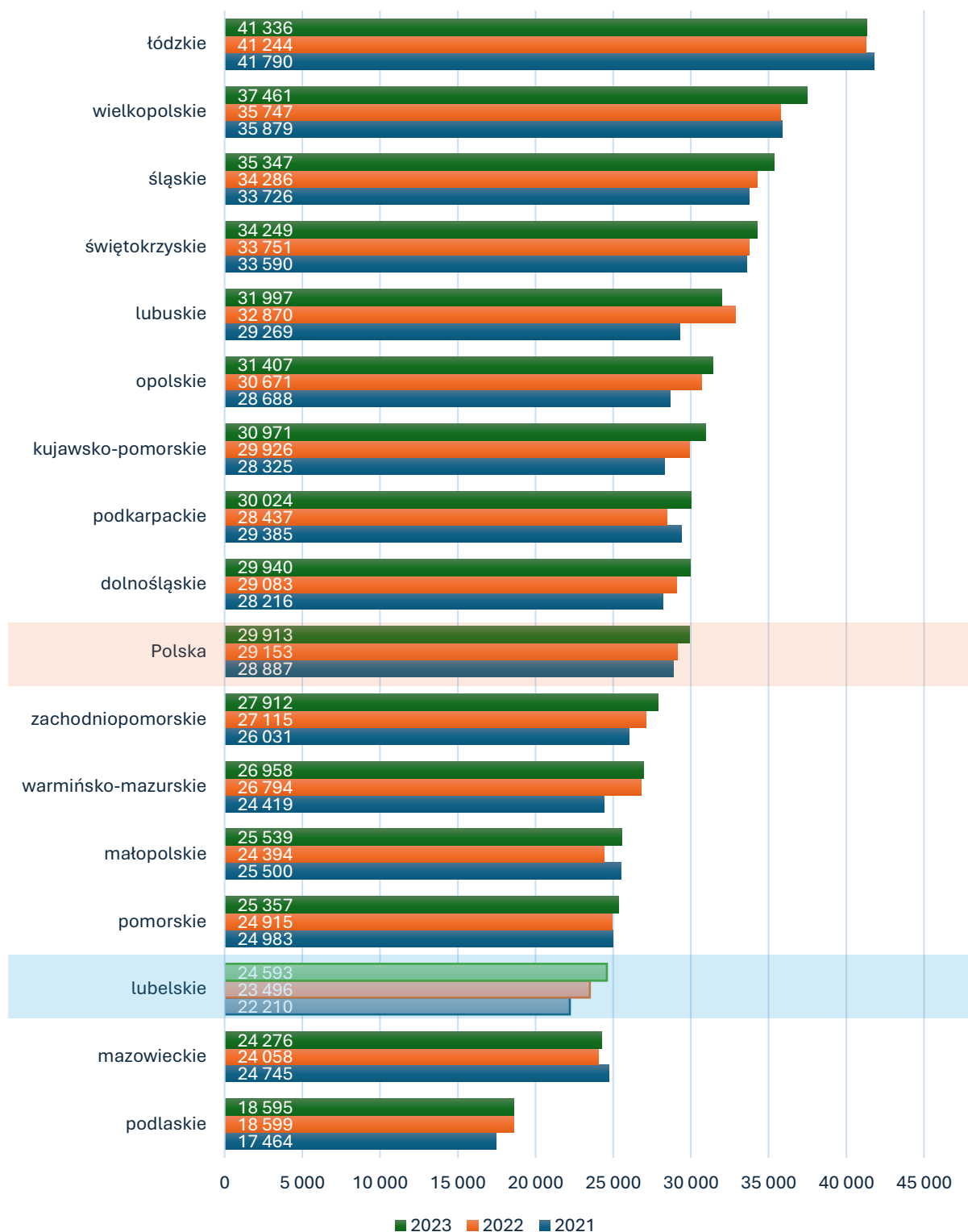
Wykres 1: Liczba dni absencji w Polsce ogółem, w tym z powodu chorób układu krążenia (w mln)

W latach 2021–2023 liczba dni absencji chorobowej z powodu chorób układu krążenia w przeliczeniu na 100 tysięcy mieszkańców różniła się znacząco pomiędzy województwami, ukazując wyraźne zróżnicowanie regionalne. Najniższe wartości przez cały analizowany okres występowały w województwie podlaskim, gdzie w 2021 roku odnotowano 17 464 dni absencji, w 2022 – 18 599 dni, a w 2023 – 18 595 dni. Z kolei najwyższą absencję odnotowano niezmiennie w województwie łódzkim – w 2021 roku było to 41 790 dni, w 2022 – 41 244, a w 2023 – 41 336 dni. Równie wysokie wskaźniki, przekraczające 35 tys. dni, notowano także w województwach śląskim, świętokrzyskim oraz wielkopolskim.

Województwo lubelskie należało do regionów o relatywnie niskim poziomie absencji chorobowej z tego tytułu – w 2021 roku odnotowano tu 22 210 dni absencji, w 2022 – 23 496, a w 2023 – 24 593. Oznacza to wzrost o 6,27% w pierwszym roku oraz o 4,67% w kolejnym. Trend wzrostowy jest wyraźny, co nie tylko wpływa negatywnie na rynek pracy i wydolność systemu opieki zdrowotnej, ale również świadczy o pogarszającym się stanie zdrowia populacji w zakresie chorób układu krążenia. Tendencja ta sugeruje, że bez interwencji może dojść do dalszego pogłębiania problemu.

Warto zwrócić uwagę, że w wielu województwach (jak łódzkie, wielkopolskie, śląskie) obserwowano stagnację lub niewielkie zmiany rok do roku, co może świadczyć o utrwalonym charakterze problemów zdrowotnych w tych regionach. Przykładowo, w województwie łódzkim odnotowano nieznaczny spadek w 2022 roku (-1,31%) i niewielki wzrost w 2023 (+0,22%). W przeciwieństwie do tego, niektóre regiony, takie jak zachodniopomorskie czy lubelskie, wykazywały bardziej wyraźny wzrost, co sugeruje wzrost liczby diagnozowanych przypadków.

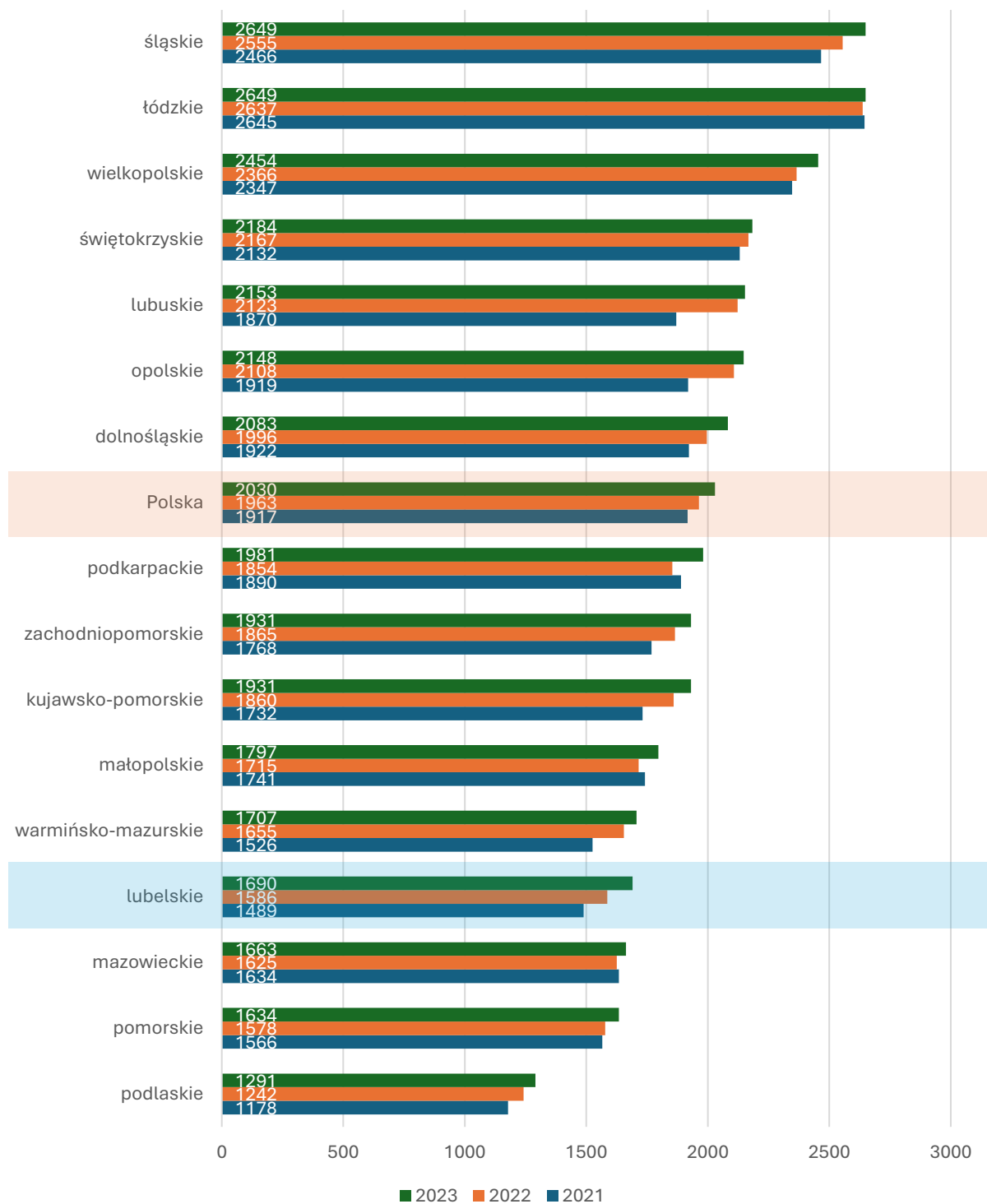
Liczba dni absencji z powodu chorób układu krążenia w województwach na 100 tys mieszkańców



Wykres 2: Oprac. własne na podstawie danych ZUS: Liczba dni absencji z powodu chorób układu krążenia w województwach na 100 tys mieszkańców

1.1.2. Analiza liczby zaświadczeń lekarskich wydawanych z powodu chorób układu krążenia w województwie lubelskim na tle polski w latach 2021–2023

Liczba zaświadczeń z powodu chorób układu krążenia w województwach na 100 tys mieszkańców



Wykres 3: Oprac. własne na podstawie danych ZUS, Liczba zaświadczeń z powodu chorób układu krążenia w województwach na 100 tys mieszkańców

W latach 2021–2023 w Polsce obserwowany był systematyczny wzrost liczby zaświadczeń lekarskich wydawanych z powodu chorób układu krążenia. W skali całego kraju wskaźnik ten wzrósł z 1917 zaświadczeń na 100 tys. mieszkańców w 2021 roku do 2030 w 2023 roku, co oznacza wzrost o około 5,9%.

W ujęciu wojewódzkim największe natężenie tego zjawiska w 2023 roku występowało w województwach: łódzkim (2649), śląskim (2649), wielkopolskim (2454), świętokrzyskim (2184) oraz lubuskim (2153). Wszystkie te regiony znacznie przekraczały średnią krajową, co może wskazywać na większe obciążenie populacji chorobami układu krążenia lub bardziej intensywne wykorzystywanie systemu opieki zdrowotnej w zakresie wydawania zaświadczeń lekarskich.

Z kolei najniższe wartości w 2023 roku zanotowano w województwach podlaskim (1291), pomorskim (1634), mazowieckim (1663) i lubelskim (1690). Szczególnie podlaskie wyróżnia się jako region o najniższym wskaźniku w skali kraju, notując wartości o ponad 700 zaświadczeń niższe od średniej krajowej.

Analiza dynamiki zmian w latach 2021–2023 pokazuje, że największy wzrost liczby zaświadczeń na 100 tys. mieszkańców miał miejsce w województwie lubuskim, gdzie wskaźnik wzrósł o 283 jednostki (z 1870 do 2153). Znaczące wzrosty odnotowano także w województwach opolskim (+229), kujawsko-pomorskim (+199), warmińsko-mazurskim (+181) oraz dolnośląskim (+161). Najmniejszy przyrost zaobserwowano w województwie świętokrzyskim, gdzie liczba zaświadczeń wzrosła jedynie o 52 jednostki w ciągu trzech lat.

Tendencje wzrostowe w niemal wszystkich województwach mogą wskazywać zarówno na narastające problemy zdrowotne populacji związane z układem krążenia, jak i na zmiany w dostępności opieki zdrowotnej, świadomości pacjentów czy praktykach wystawiania zaświadczeń lekarskich. Znaczne różnice regionalne mogą natomiast wynikać z odmiennej struktury demograficznej, poziomu urbanizacji, stylu życia mieszkańców, jak również z różnic w funkcjonowaniu lokalnych systemów opieki zdrowotnej.

Chociaż województwo lubelskie nie znajduje się w grupie województw o najwyższych wskaźnikach, niepokojący jest zauważalny, regularny wzrost liczby zaświadczeń z powodu chorób układu krążenia. Może to odzwierciedlać pogarszający się stan zdrowia mieszkańców lub zwiększoną wykrywalność i zgłaszalność problemów kardiologicznych. Dług zdrowotny jako sytuacja związana dystansowaniem społecznym, obawą przed zgłaszaniem się z dolegliwościami oraz ograniczenia systemowe odcisną swoje piętno w postaci rezygnacji ludzi z wizyt u lekarza bądź odroczenie terminów udzielania świadczeń. Do najistotniejszych trendów należy zaliczyć starzenie się społeczeństwa, rosnące występowanie chorób przewlekłych, wzrost świadomości proaktywnego dbania o siebie, czy wzrost świadomości dotyczącej zdrowego stylu życia. Długofalowe skutki starzenia się społeczeństwa niewątpliwie wpłyną na wzrost zapotrzebowania na usługi medyczne w obszarach takich jak geriatryka, reumatologia, ortopedia, onkologia, kardiologia, czy opieka długoterminowa.⁸

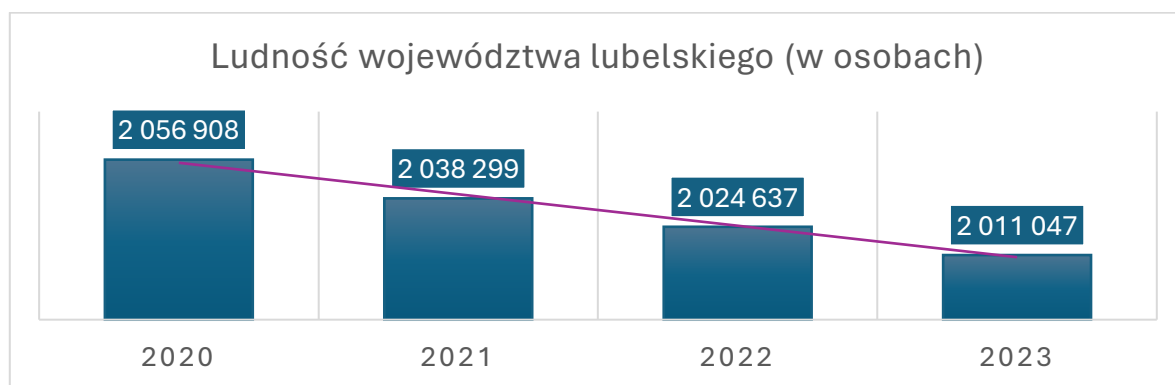
Rekomenduje się dalszą obserwację trendów oraz działania profilaktyczne w zakresie zdrowia układu krążenia, szczególnie w kontekście starzejącego się społeczeństwa i rosnącego obciążenia systemu opieki zdrowotnej.

⁸ Współczesne wyzwania w ochronie zdrowia, Tom 11, praca zbiorowa pod red. Krystyny Klimaszewskiej, Elżbiety Krajewskiej-Kułąk, Białystok, 2024, s. 9

1.2. DANE EPIDEMIOLOGICZNE I STATYSTYCZNE

1.2.1. Główne dane statystyczne województwa lubelskiego w ujęciu społeczno-gospodarczym na tle Polski

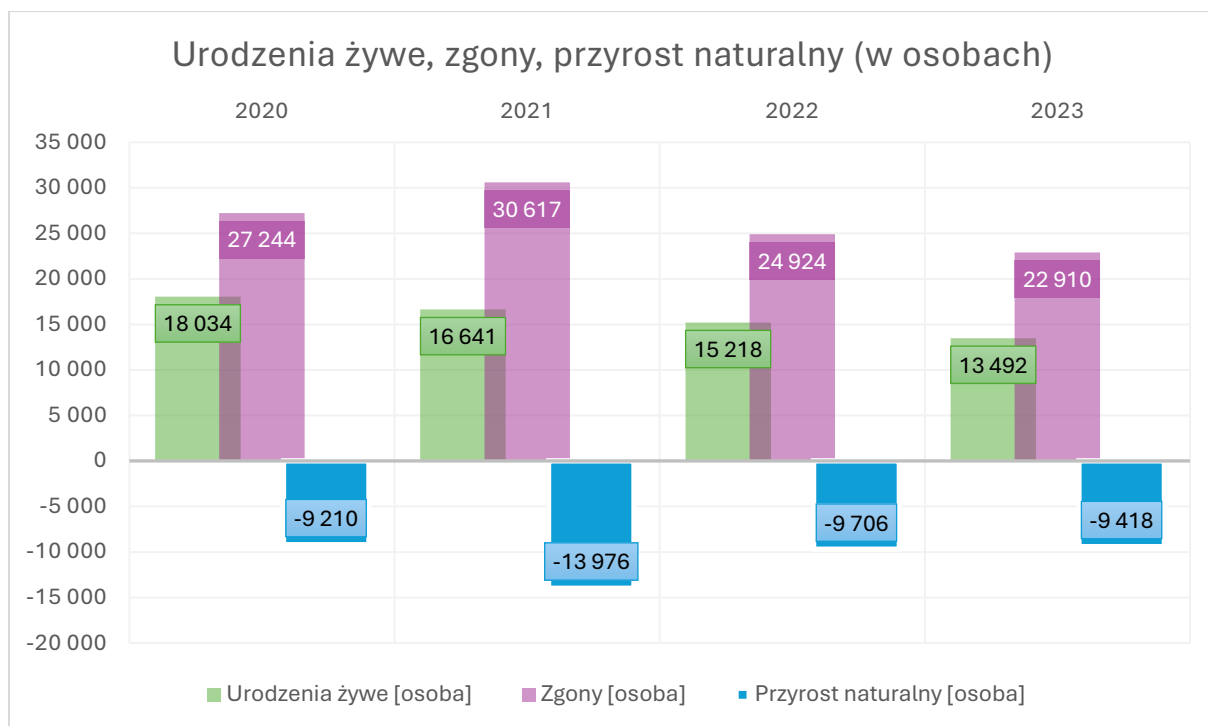
W latach 2020–2023 obserwowano w województwie lubelskim systematyczny spadek liczby ludności – z 2 056 908 osób w 2020 r. do 2 011 047 w 2023 r., co oznacza spadek o ok. 2,2%. W skali całego kraju populacja zmniejszyła się w tym samym okresie o ok. 1,6%, z ok. 38,3 mln do 37,6 mln osób. Spadek liczby ludności jest więc silniejszy w regionie niż w skali kraju.⁹



Wykres 4: Oprac. własne na podstawie danych GUS: Ludność województwa lubelskiego (w osobach) w latach 2020-2023

Głównym czynnikiem tego zjawiska jest ujemny przyrost naturalny, który występował w każdym z analizowanych lat – w 2021 r. osiągnął on najniższy poziom (-13 976 osób), co wiąże się z rekordową liczbą zgonów (30 617) oraz spadkiem liczby urodzeń (16 641). W latach następnych nastąpiła nieznaczna poprawa, ale przyrost naturalny pozostaje stale ujemny. Liczba urodzeń zmniejszyła się w regionie z 18 034 w 2020 r. do 13 492 w 2023 r. (spadek o 25%), co wpisuje się w ogólnokrajowy trend demograficzny – w Polsce w 2020 r. urodziło się ponad 355 tys. dzieci, a w 2023 r. już tylko 272 tys.

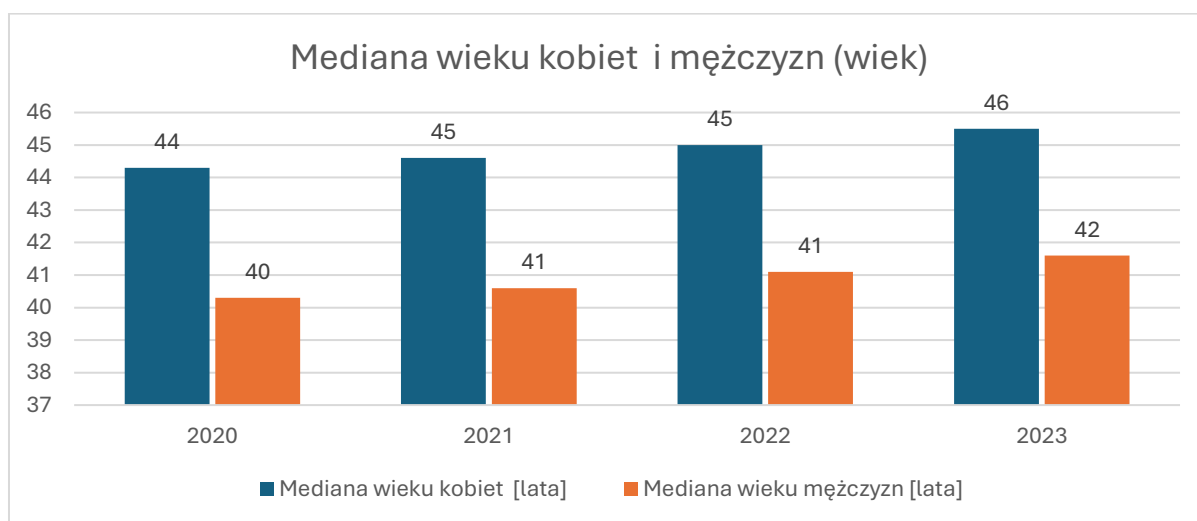
⁹ Urząd Statystyczny w Lublinie, Stan i ruch naturalny ludności w województwie lubelskim w 2023 r.



Wykres 5: Oprac. własne na podstawie danych GUS: Urodzenia żywe, zgony, przyrost naturalny (w osobach) w latach 2020-2023

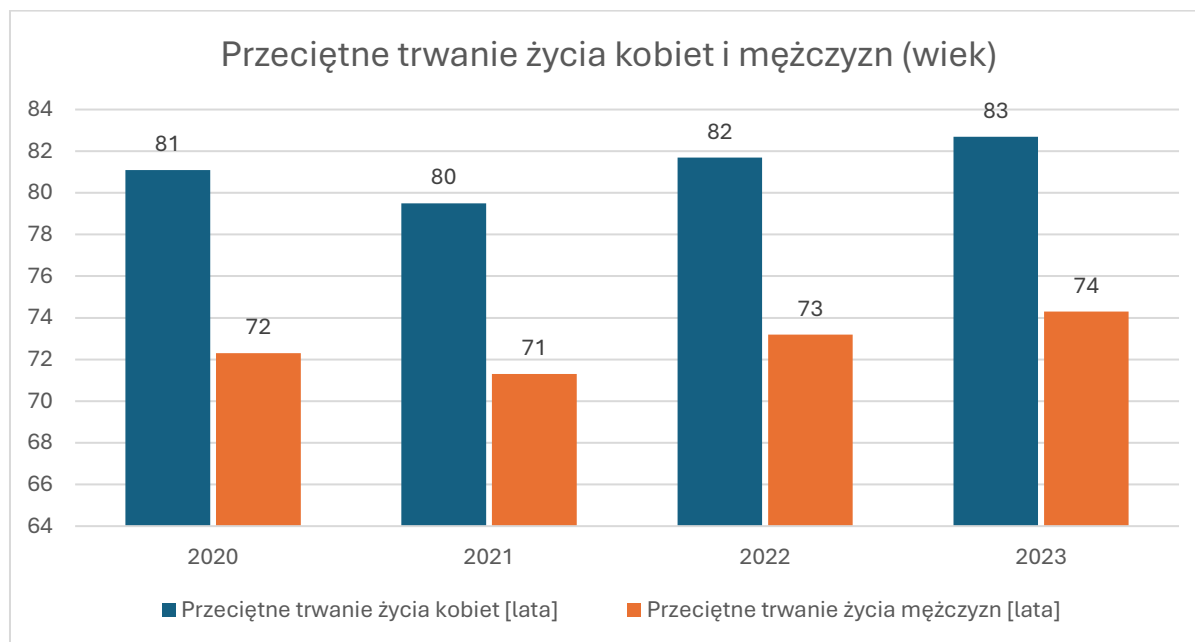
Liczba zgonów wykazywała dużą zmienność: wzrosła w 2021 r. o 12% w porównaniu do 2020 r., co można bezpośrednio wiązać z pandemią COVID-19, a następnie spadała – w 2023 r. wyniosła 22 910, czyli o prawie 25% mniej niż w szczycie pandemicznym. Podobna dynamika występowała w skali kraju, gdzie liczba zgonów w 2021 r. również była rekordowa, a później spadała.

Wskaźniki dotyczące wieku potwierdzają proces starzenia się społeczeństwa. Mediana wieku kobiet wzrosła z 44 do 46 lat, a mężczyzn z 40 do 41 lat, i utrzymała się na tym poziomie.



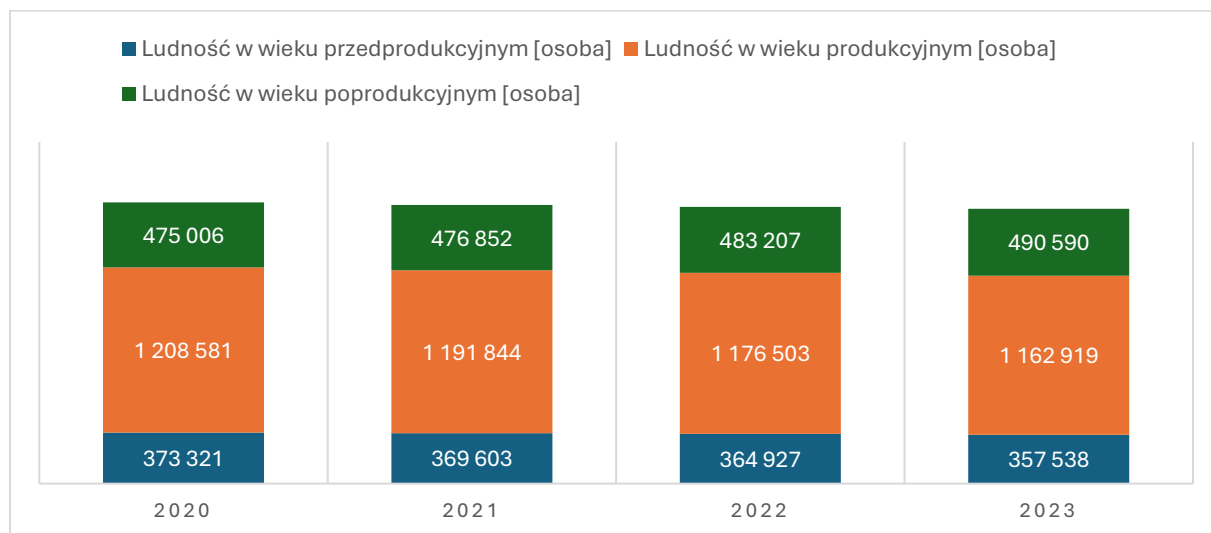
Wykres 5: Oprac. własne na podstawie danych GUS: Mediana wieku kobiet i mężczyzn (wiek) w latach 2020-2023

Przeciętna długość życia kobiet wzrosła z 80 do 83 lat, a mężczyzn z 71 do 74, co odzwierciedla odbudowę po spadkach w okresie pandemii.



Wykres 6: Oprac. własne na podstawie danych GUS: Przeciętne trwanie życia kobiet i mężczyzn (wiek) w latach 2020-2023

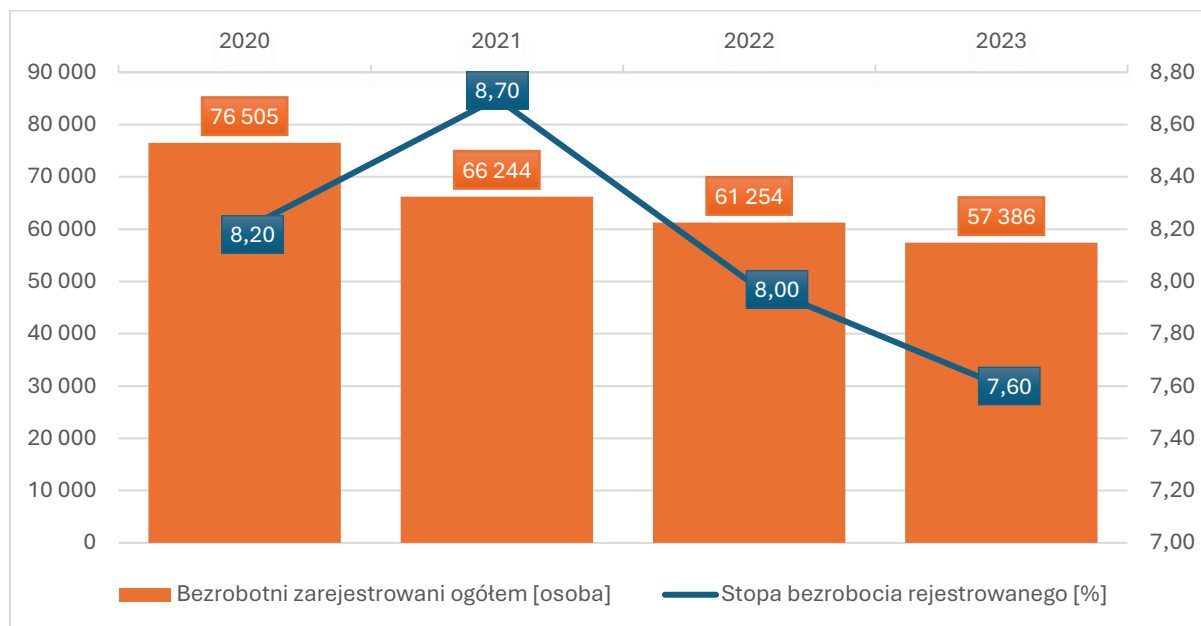
Jednocześnie obserwuje się zmniejszenie liczby osób w wieku przedprodukcyjnym i produkcyjnym oraz wzrost populacji w wieku poprodukcyjnym – co oznacza wzrastające obciążenie demograficzne i społeczne.



Wykres 7: Oprac. własne na podstawie danych GUS: Ludność w wieku przedprodukcyjnym, produkcyjnym i poprodukcyjnym w osobach w latach 2020-2023

Rynek pracy poprawił się po pandemii – liczba bezrobotnych spadła z 76,5 tys. w 2020 r. do 57,4 tys. w 2023 r. (spadek o 25%), a stopa bezrobocia zmniejszyła się z 8,2% do 7,6%, co świadczy o poprawie sytuacji gospodarczej. Ogólnie rzecz biorąc, dane wskazują na typowe

zjawiska demograficzne krajów rozwiniętych: spadek urodzeń, starzenie się społeczeństwa i poprawiające się wskaźniki zatrudnienia po szoku pandemicznym.



Wykres 7: Oprac. własne na podstawie danych GUS: bezrobotni zarejestrowani ogółem w osobach i stopa bezrobocia rejestrowanego w latach 2020-2023

1.2.2. Epidemiologia i trendy województwa lubelskiego na tle Polski w aspekcie ChUK

Województwo lubelskie należy do obszarów depopulacyjnych. Liczba ludności województwa z roku na rok systematycznie maleje. Jest to wynikiem utrzymującego się stale ujemnego salda migracji, które występuje od połowy lat dziewięćdziesiątych XX wieku oraz ujemnego przyrostu naturalnego od końca lat dziewięćdziesiątych.¹⁰

Struktura ludności według płci w województwie lubelskim w perspektywie ostatnich dwudziestu kilku lat nie zmieniła się znacząco, natomiast struktura ludności według wieku zmienia się z na rok. Systematycznie maleje liczba dzieci i młodzieży, przy równoczesnym wzroście liczby ludności w wieku powyżej 65 lat. Oznacza to, że w województwie lubelskim, podobnie jak w całym kraju, trwa proces starzenia się społeczeństwa.¹¹

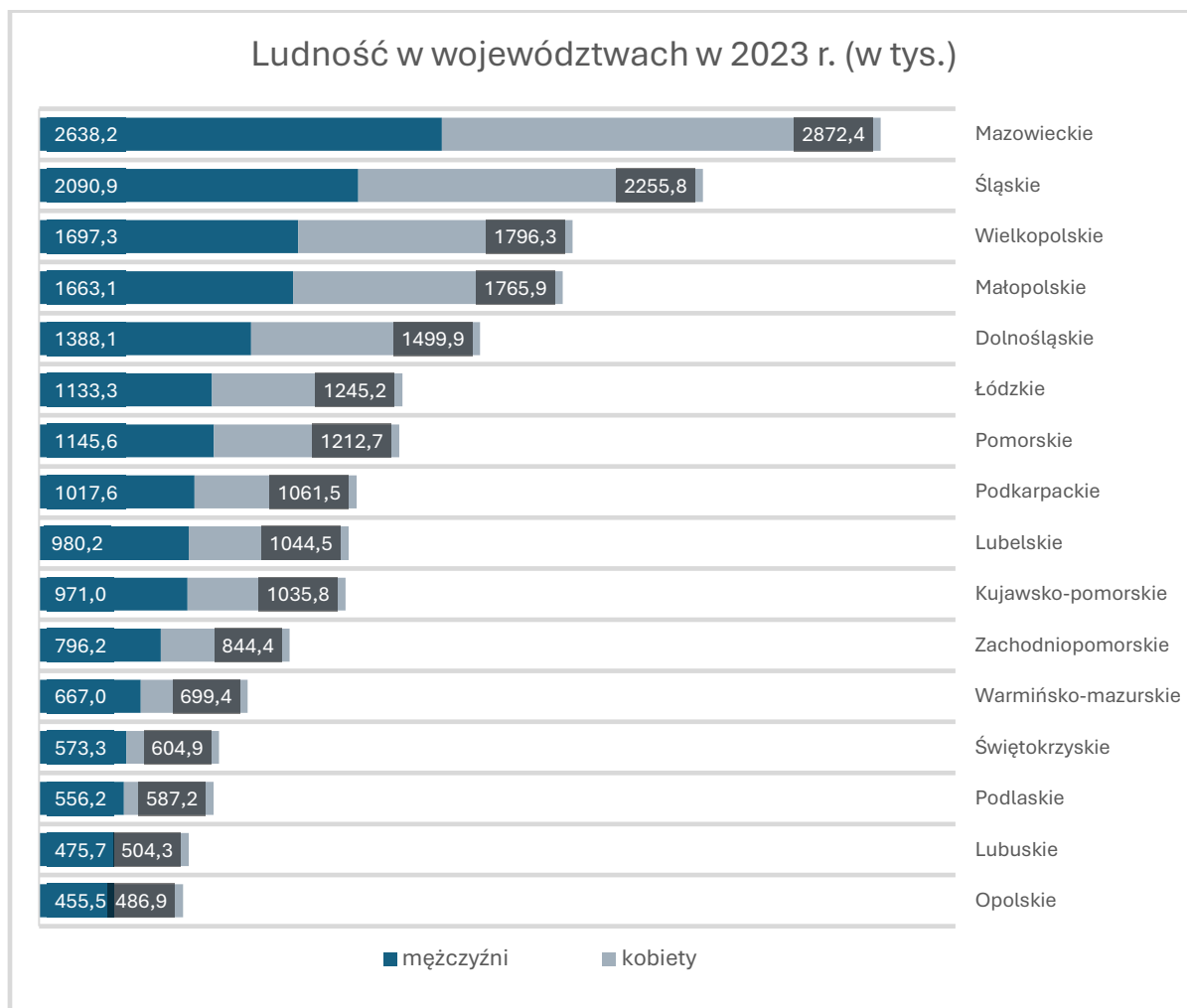
W 2023 r. we wszystkich województwach odnotowano ubytek naturalny. Najwyższy przyrost naturalny występował przez ostatnie kilka lat w woj. pomorskim - w 2019 r. współczynnik wyniósł 1,5‰, obecnie jest ujemny. Następnym województwem, podobnym pod tym względem do woj. pomorskiego, jest małopolskie, w którym po raz kolejny od kilku lat odnotowano ujemny przyrost. Województwa te cechuje wysoka rodność i jednocześnie stosunkowo niska umieralność. Z kolei woj. mazowieckie notuje od lat najwyższe saldo stałych migracji wewnętrznych i zagranicznych (o natężeniu 2,3‰ w 2023 r.) oraz jedno z wyższych natężeń urodzeń.

¹⁰ Wojewódzki plan transformacji województwa lubelskiego na lata 2022-2026, Lublin 2021

¹¹ „Sytuacja demograficzna województwa lubelskiego w 2023 r.”

<https://lublin.stat.gov.pl/publikacje-i-foldery/ludnosc/sytuacja-demograficzna-województwa-lubelskiego-w-2023-r-,1,23.html>

Populacja Polski w 2023 r. wynosiła ponad 37,6 mln, natomiast liczba mieszkańców w poszczególnych województwach przedstawia poniższy wykres:



Wykres 8: Oprac. własne na podstawie danych GUS: Ludność w województwach w-2023 (w tys.)

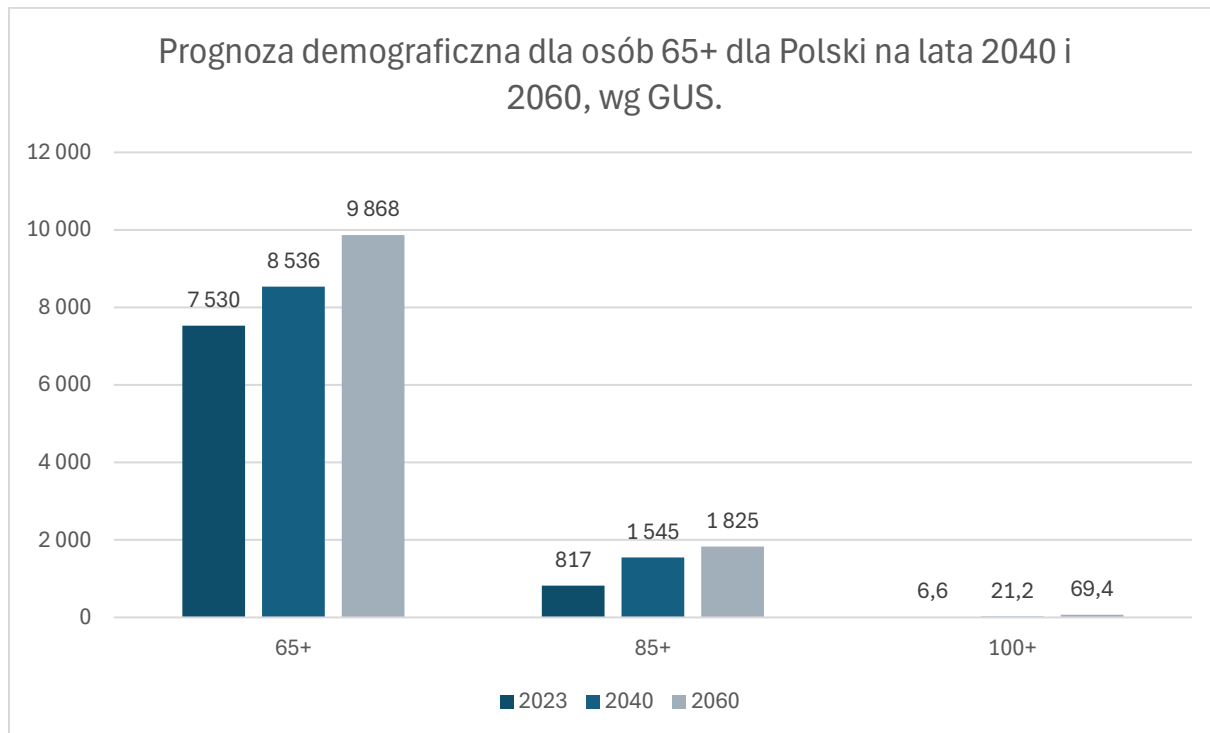
W 2023 r. liczba mieszkańców zmniejszyła się w 14 województwach. Od kilkunastu lat dotyczy to województw: łódzkiego, opolskiego, lubelskiego, śląskiego i podlaskiego. Od 2010 r. dołączyły do nich jeszcze świętokrzyskie i zachodniopomorskie, w 2018 r. podkarpackie, a następnie wielkopolskie i małopolskie. Od kilku lat największy ubytek liczby ludności ma miejsce w woj. świętokrzyskim -w 2023 r. było to -0,8%. Występuje tu najwyższy współczynnik ubytku naturalnego wynoszący -6,1‰ oraz jeden z najwyższych współczynników ujemnego salda migracji na pobyt stały (-2,3‰)

Najnowsze prognozy demograficzne Głównego Urzędu Statystycznego przewidują, że populacja spadnie do 35,3 mln w 2040 r. i do 32,9 mln w 2060 r. (o 12,5% w stosunku do 2023 r.).¹²

Trwający proces starzenia się ludności Polski będący wynikiem korzystnego zjawiska, jakim jest wydłużanie trwania życia i dalszego trwania życia, jest pogłębiany przez niski poziom dzietności. Obecnie indeks starości wynosi 133, tj. na 100 „wnuczków” (dzieci w wieku 0-14

¹² Prognoza ludności na lata 2023–2060, GUS, Warszawa 2023

lat) przypada 133 „dziadków” (osób w wieku 65 i więcej lat), a różnica w wielkości tych populacji wynosi 1,9 mln na niekorzyść dzieci (w miastach sięga 1,8 mln, a na terenach wiejskich – 79 tys.). Indeks starości wzrasta z roku na rok (w 2022 r. wynosił 126), co w przyszłości będzie skutkować zmniejszaniem się podaży pracy i utrudnieniami w systemie zabezpieczenia społecznego w wyniku wzrostu liczby i odsetka osób w starszym wieku.¹³



Wykres 9: Oprac. własne na podstawie danych GUS: Prognoza demograficzna dla osób 65+ dla Polski na lata 2040 i 2060

- Wyniki „Prognozy ludności na lata 2023–2060” wskazują na wyraźny ubytek ludności do 2060 r. W scenariuszu głównym przewiduje się spadek do 30,4 mln osób (natomiast w scenariuszach alternatywnych odpowiednio do 26,7 mln w niskim oraz do 34,8 mln w wysokim).
- Będzie postępował proces starzenia się ludności Polski, co oznacza wzrost odsetka osób w wieku 65 lat i więcej oraz duży spadek liczby dzieci i młodzieży (0–17 lat). Jedynie w scenariuszu wysokim przewiduje się utrzymanie liczby osób poniżej 18 lat na poziomie zbliżonym do 2022 r.

Proces starzenia się ludności postrzegany w wymiarze jednostkowym i społecznym stawia trudne wyzwania o wielopłaszczyznowym wymiarze, a więc nie tylko w sferze ekonomicznej, lecz również zdrowotnej i socjalnej.

Polska, dla której prognozy rozwoju ludności są obecnie niesprzyjające, będzie musiała zmierzyć się ze wszystkimi problemami wynikającymi z niekorzystnych trendów demograficznych. Dotyczy to także regionów i mniejszych jednostek terytorialnych,

¹³ Ludność. Stan i struktura oraz ruch naturalny w przekroju terytorialnym w 2023 r., GUS Warszawa 2023

szczególnie tych o najstarszej strukturze wieku mieszkańców, w których dodatkowo proces starzenia będzie się najbardziej pogłębiał.

Z epidemiologicznego punktu widzenia, najistotniejszymi problemami zdrowotnymi w województwie lubelskim pozostają choroby układu krążenia, a także choroby nowotworowe. Obserwuje się także wzrost zachorowań na chorobę Alzheimera i inne choroby otępienne. Na wysokim poziomie utrzymuje się także zachorowalność na cukrzycę, choroby nerek czy zaburzenia układu nerwowego, dla których w perspektywie kolejnych kilku lat prognozowany jest wzrost wskaźników chorobowości.¹⁴

1.2.3. Główne przyczyny zgonów w latach 2021-2023 w Polsce

W analizowanym okresie lat 2021–2023 główną przyczyną zgonów w Polsce niezmiennie pozostawały choroby układu krążenia (I00–I99), odpowiadając za najwyższy odsetek zgonów w każdym roku. W 2021 roku choroby te były przyczyną śmierci 180 760 osób, co stanowiło 34,79% wszystkich zgonów. W kolejnych latach ich udział procentowy nieznacznie rósł – do 35,95% w 2022 roku (161 231 zgonów) oraz do 36,91% w 2023 roku (150 957 zgonów), co wskazuje na stałą, dominującą rolę schorzeń sercowo-naczyniowych w strukturze umieralności w Polsce.

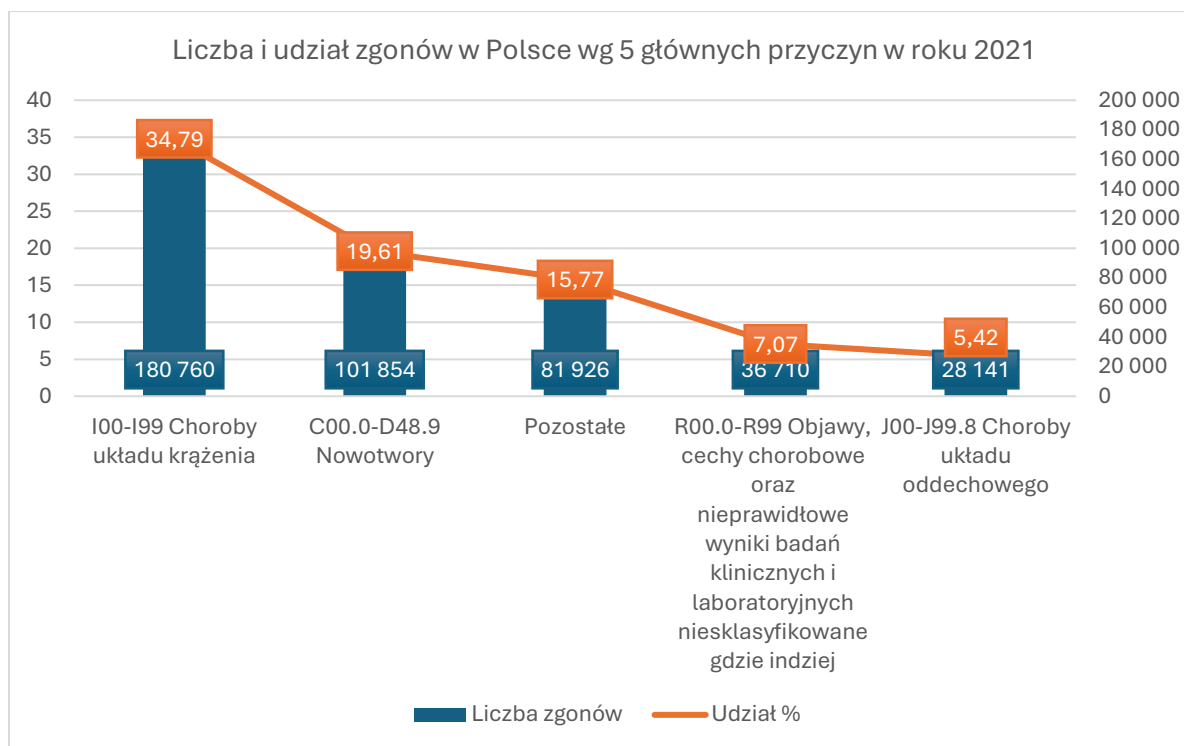
Drugą najczęstszą przyczyną zgonów były nowotwory (C00.0–D48.9), odpowiadające za 109 226 zgonów (26,7%) w 2023 roku. Ich udział w ogólnej liczbie zgonów systematycznie rósł – z 19,61% w 2021 roku (101 854 zgonów), poprzez 23,62% w 2022 roku (105 945), co może świadczyć o stopniowym wzroście znaczenia chorób nowotworowych w populacji starzejącego się społeczeństwa.

Istotny wpływ na strukturę przyczyn zgonów miał również COVID-19 (U07). W 2021 roku odpowiadał on za aż 90 126 zgonów, co stanowiło 17,35% ogółu zgonów, a więc jedną z głównych przyczyn śmierci w czasie największego natężenia pandemii. W kolejnych latach liczba zgonów z powodu COVID-19 systematycznie malała – do 29 026 w 2022 roku (6,47%) i nie została już ujęta w danych za 2023 rok, co potwierdza ograniczenie wpływu pandemii na śmiertelność w populacji.

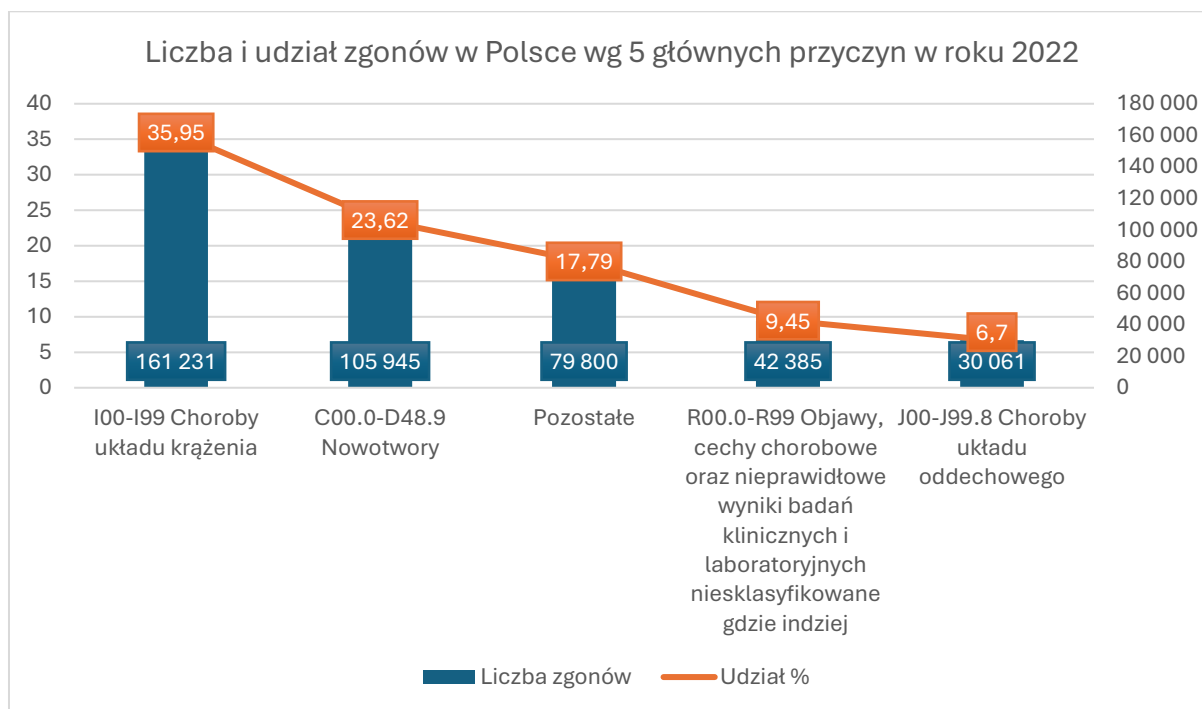
Względnie stabilny udział w zgonach utrzymywały również choroby układu oddechowego (J00–J99.8), których liczba wzrosła z 28 141 zgonów w 2021 roku (5,42%) do 30 382 w 2023 roku (7,43%). Odnotowano również istotny udział zgonów przypisanych do grupy R00–R99, obejmującej objawy, cechy chorobowe oraz nieprawidłowe wyniki badań klinicznych i laboratoryjnych niesklasyfikowane gdzie indziej – w 2023 roku było to 9,58% wszystkich zgonów (39 187), co może wskazywać na trudności diagnostyczne lub ograniczenia w dostępności danych przyczynowych.

Pozostałe przyczyny zgonów – sklasyfikowane jako „pozostałe” – miały znaczący, choć malejący udział: z 81 926 zgonów (15,77%) w 2021 roku do 59 341 (14,51%) w 2023 roku. Choroby układu pokarmowego (K00.0–K92.9) odpowiadały za 19 943 zgony w 2023 roku, co stanowiło 4,88% wszystkich przypadków.

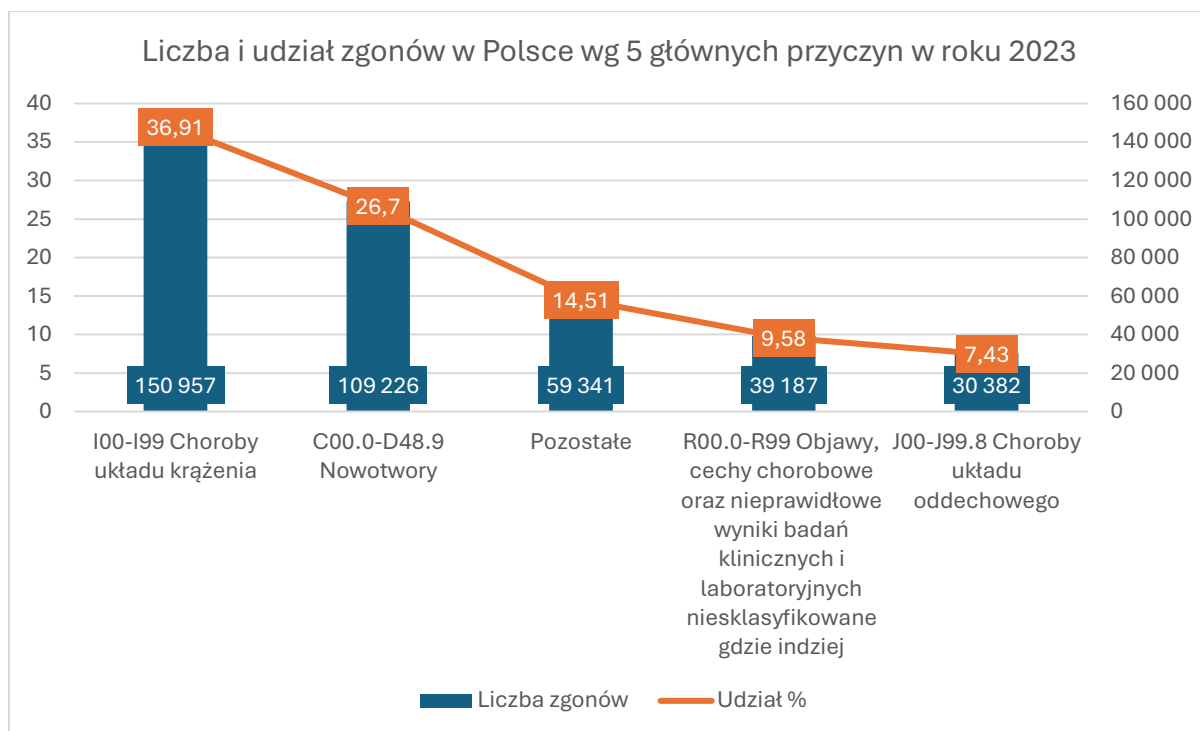
¹⁴ Wojewódzki plan transformacji województwa lubelskiego na lata 2022-2026, Lublin 2021



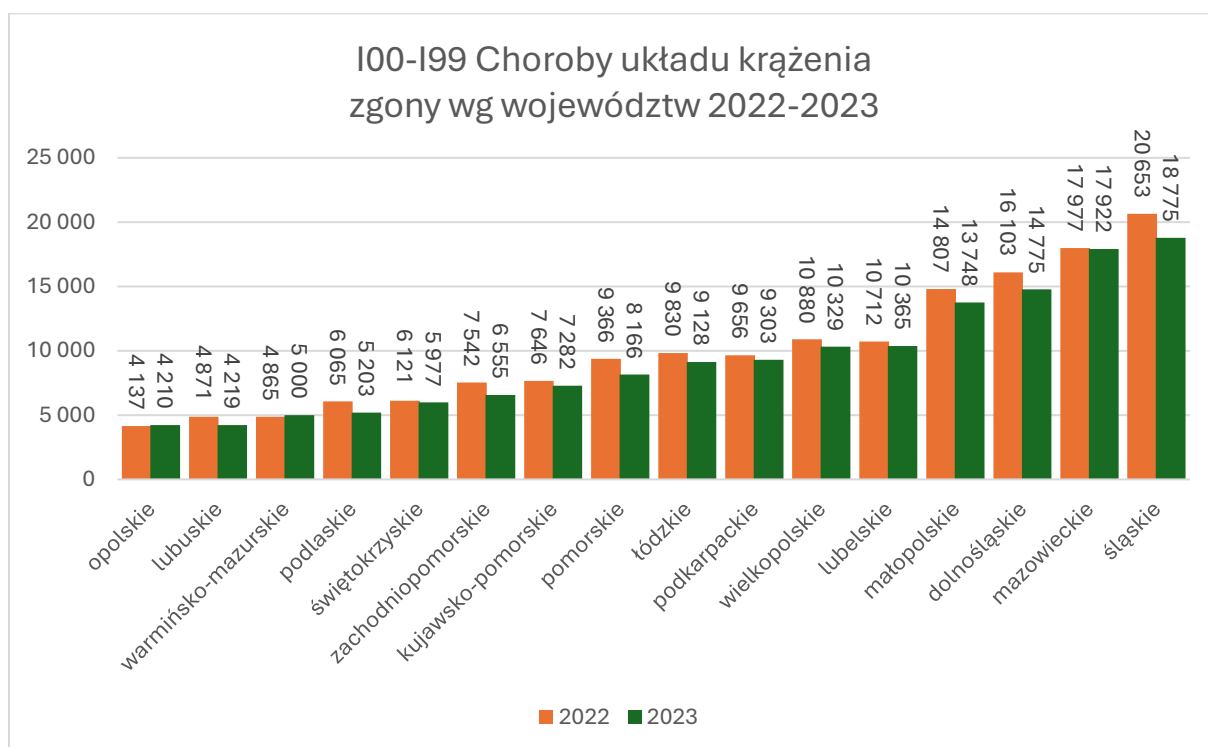
Wykres 9: Oprac. własne na podstawie danych Map potrzeb zdrowotnych na lata 2022-2026, Analizy, Epidemiologia, Liczba i udział zgonów w Polsce wg 5 głównych przyczyn w roku 2021



Wykres 10: Oprac. własne na podstawie danych Map potrzeb zdrowotnych na lata 2022-2026, Analizy, Epidemiologia, Liczba i udział zgonów w Polsce wg 5 głównych przyczyn w roku 2022



Wykres 11: Oprac. własne na podstawie danych Map potrzeb zdrowotnych na lata 2022-2026, Analizy, Epidemiologia, Liczba i udział zgonów w Polsce wg 5 głównych przyczyn w roku 2023



Wykres 12: Oprac. własne na podstawie danych Map potrzeb zdrowotnych na lata 2022-2026, Analizy, Epidemiologia, Liczba i udział zgonów w Polsce wg 5 głównych przyczyn w roku 2023, I00-I99 Choroby układu krążenia zgonów wg województw 2022-2023

Podsumowując, w latach 2021–2023 dominującą rolę w strukturze przyczyn zgonów w Polsce odgrywały choroby układu krążenia i nowotwory, podczas gdy wpływ COVID-19 był istotny głównie w 2021 roku. Widoczna jest także stabilizacja liczby zgonów z powodu chorób układu oddechowego i wzrost udziału nowotworów, co powinno znaleźć odzwierciedlenie w planowaniu priorytetów zdrowia publicznego.

1.2.4. Dług zdrowotny spowodowany wirusem Sars-CoV-2

W trakcie trwania pandemii można było zaobserwować zmieniające się postawy społeczne. Jedną z nich był popularny w trakcie pierwszej fali, czyli wiosną 2020 r., ruch „Zostań w domu”, który zachęcał do samoizolacji. Był to również okres największej niepewności co do tego, jak pandemia rozwinie się w Polsce i na świecie. Spowodowało to rezygnację ludzi z wizyt u lekarza bądź odroczenie terminów udzielania świadczeń. Okres ten mógł spowodować przyływ lęku w społeczeństwie, który objawiał się dystansowaniem społecznym, ale również obawą przed zgłaszaniem się do szpitala z dolegliwościami niezwiązanymi z wirusem. W tym czasie teleporady zaczęły pełnić istotną rolę w bieżącej opiece nad pacjentami, osiągając 35% wszystkich świadczeń realizowanych w POZ. Jednocześnie był to czas największej liczby zgonów (z dowolnej przyczyny).¹⁵

Precyzyjne określenie długu zdrowotnego w kardiologii jest trudne, ale dostępne dane i wskaźniki pozwalają na ocenę jego skali. Spadek liczby wykonanych procedur kardiologicznych w latach 2020-2021 w porównaniu z 2019 r. jest jednym z kluczowych wskaźników. Przykładowo, wg danych NFZ, liczba świadczeń w zakresie leczenia szpitalnego – kardiologia, spadła w porównaniu do 2019 r. o 25%. W skali całego kraju. w zakresie leczenia ostrych zespołów wieńcowych (angioplastyka wieńcowa PCI) spadek wyniósł 12%, a w niektórych typach zabiegów elektrofizjologicznych sięgał 20%. Liczba wszczepionych stymulatorów serca zmniejszyła się o 20%.¹⁶

Liczba pacjentów z rozpoznaniem ICD10 chorób układu krążenia, którzy korzystali ze świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz z leczenia szpitalnego w 2020 r. była niższa niż w latach poprzedzających wybuch pandemii COVID-19. Nastąpił spadek liczby pacjentów między 2020 r. a 2019 r. w podstawowej opiece zdrowotnej wynosił -6,65%, w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej -11,71%, a w leczeniu szpitalnym 24,83%

Choroby układu krążenia (ChUK) od drugiej połowy XX wieku stanowią główny problem zdrowotny i główną przyczynę zgonów w Polsce¹⁷. Według ostatnich analiz przeprowadzonych w ramach projektu Global Burden of Disease w 2019 r. ChUK były odpowiedzialne za 23% ogółu utraconych lat życia w zdrowiu (DALY) i 34% utraconych lat życia z powodu przedwczesnego zgonu¹⁸. Zgodnie z definicją, wskaźnik DALY jest miarą utraty zdrowia, wynikającej ze skróconej oczekiwanej długości życia jednostek oraz z obniżonej jakości życia

¹⁵ Mapy potrzeb zdrowotnych Analiza: Wpływ pandemii COVID-19 na potrzeby zdrowotne w Polsce Choroby sercowo-naczyniowe, Warszawa 2022

¹⁶ Raport „Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania – 2025” Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH Państwowy Instytut Badawczy Warszawa 2025, s.

¹⁷ Mapa potrzeb zdrowotnych na okres od 1 stycznia 2022 r. do 31 grudnia 2026 r. Warszawa, sierpień 2021, s.81

¹⁸ Institute for Health Metrics and Evaluation, GBD Result Tool, <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>, dostęp: 09.04.2024

spowodowanej przez choroby lub uraz¹⁹. Tworzone i zarządzane przez system ochrony zdrowia interwencje zdrowotne mają na celu uniknięcie DALY, a tym samym zwiększenie liczby lat, które dana osoba – i w konsekwencji społeczność, przeżywa w dobrym zdrowiu²⁰. Wskaźnik DALY często nazywany jest „obciążeniem chorobowym”, ponieważ łączy w sobie dwa komponenty w postaci subwskaźników: YLL (ang. *years of life lost*) i YLD (ang. *years lived with disability*), dzięki czemu możemy przeanalizować w jakim wymiarze dany problem zdrowotny „obciąża” zdrowie ludności. Analizując główną kategorię przyczyn utraty zdrowia u obu płci w Polsce w 2019 r., można zaobserwować wyraźne różnice w odniesieniu do procentowego udziału wymienionych subwskaźników w DALY.

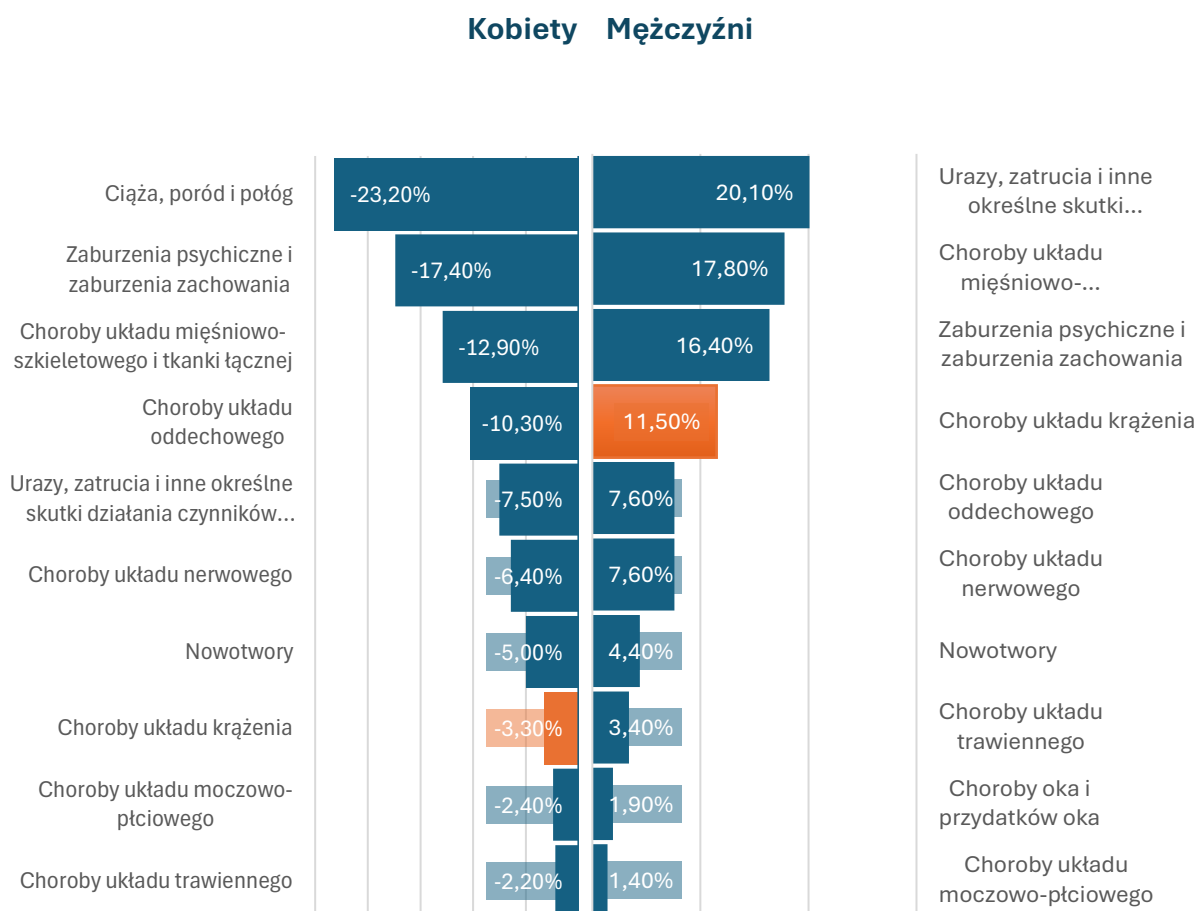
Wartość DALY dla choroby niedokrwiennej serca stanowiła około 11,5% DALY dla kraju i była blisko dwukrotnie większa niż dla kolejnego problemu zdrowotnego – udarów. Według prognoz na lata 2020-2028 choroba niedokrwienność serca będzie nadal wyzwaniem dla polskiej ochrony zdrowia. Szacowany jest wzrost wartości chorobowości i liczby zgonów. Pomimo wolniejszego tempa wzrostu liczby chorych w Polsce w porównaniu do krajów o podobnej wartości wskaźnika SDI, będzie ono szybsze niż średnio w UE. Udar powoduje znaczną niesprawność wśród większości pacjentów. Wartość wskaźnika YLD jest dla niego dwukrotnie większa niż dla choroby niedokrwiennej serca. Ponadto udar jest drugą najczęstszą przyczyną zgonów i prognozuje się, że do 2028 r. sytuacja ta nie ulegnie zmianie.

Przyglądając się sytuacji epidemiologicznej w Polsce na pierwszy plan wysuwają się choroby układu krążenia i nowotwory. Problemy zdrowotne z tych dwóch podgrup odpowiadają sumarycznie za 73% wszystkich zgonów oraz za 44% DALY. Wśród nich zaobserwowano kilka, które mają bardzo duży wpływ na ogólną sytuację zdrowotną w Polsce. Przeprowadzona analiza wykazała, że problemami zdrowotnymi, które najbardziej obciążają społeczeństwo są: – choroba niedokrwienność serca, – udar, – nowotwór złośliwy tchawicy, oskrzeli i płuc, – nowotwór złośliwy jelita grubego i odbytnicy, – cukrzyca. Te pięć problemów zdrowotnych odpowiada za ok. 30% wartości DALY oraz jest przyczyną blisko 50% zgonów. Pierwszy z nich – choroba niedokrwienność serca – od lat stanowi w Polsce największy problem zdrowotny, zarówno pod względem wartości DALY, jak i liczby zgonów będących jej następstwem. Nie jest to największy problem jedynie w Polsce – w UE również uznawany jest za najbardziej dotkliwy, przy czym wartość DALY w Polsce była w 2019 r. o 1/3 wyższa niż w krajach wspólnoty. Ponadto prognozuje się, że w kolejnych latach liczba chorych i zgonów z tego powodu wzrośnie, a wzrost ten będzie wyższy niż w UE. W przeciwieństwie do kolejnego najważniejszego problemu zdrowotnego – udaru – choroba niedokrwienność serca ma charakter przewlekły. Dlatego można by przypuszczać, że generuje sumarycznie większą liczbę lat życia w niesprawności niż udary. Przeprowadzona analiza wykazała jednak, że przypuszczenie to nie ma odzwierciedlenia w rzeczywistości, bo dla udarów odnotowano dwukrotnie wyższą wartość wskaźnika YLD. Udary prowadzą zatem do znacznej niesprawności wśród większości pacjentów i jednocześnie są drugą najważniejszą przyczyną zgonów w Polsce. Z prognoz wynika, że sytuacja ta nie ulegnie zmianie w kolejnych latach (2020-2028).

¹⁹ Protocol For The Global Burden Of Diseases, Injuries, And Risk Factors Study (GBD), vol.4.0, IHME, Seattle, 2020.

²⁰ Topór-Mądry R. i in., Identyfikacja najważniejszych problemów i potrzeb zdrowotnych populacji Polski i jej województw na podstawie aktualnych wyników badania Global Burden of Disease (GBD), W: Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania, 2022, red. B. Wojtyński i p. Goryński, NIZP PZH – PIB, Warszawa 2022.

Ranking 10 grup chorobowych powodujących niezdolność do pracy, generujących najwyższe wydatki ogółem na świadczenia związane z niezdolnością do pracy według płci świadczeniobiorców²¹



Wykres 13: Oprac. własne na podstawie danych ZUS, Wydatki na świadczenia z ubezpieczeń społecznych związane z niezdolnością do pracy w 2023 r.

Na podstawie powyższych danych, można zauważyć istotne różnice w strukturze kosztów pomiędzy mężczyznami a kobietami. Szczególną uwagę warto zwrócić na choroby układu krążenia, które znalazły się w tym zestawieniu, wskazując na ich duże znaczenie zarówno dla zdrowia publicznego, jak i dla systemu zabezpieczenia społecznego.

W przypadku mężczyzn choroby układu krążenia stanowią 11,5% ogółu wydatków związanych z niezdolnością do pracy, co plasuje je na czwartym miejscu w rankingu, zaraz po zaburzeniach psychicznych i zaburzeniach zachowania (16,40%), chorobach układu mięśniowo-szkieletowego i tkanki łącznej (17,8%) oraz urazach, zatruciach i innych skutkach działania czynników zewnętrznych (20,1%). Tak wysoka pozycja chorób krążenia wskazuje, że są one jedną z głównych przyczyn długotrwałej niezdolności do pracy u mężczyzn. Jest to zgodne z danymi epidemiologicznymi wskazującymi, że mężczyźni są szczególnie narażeni na choroby serca i naczyń, takie jak zawały serca, nadciśnienie tętnicze i niewydolność serca.

²¹ Wydatki na świadczenia z ubezpieczeń społecznych związane z niezdolnością do pracy w 2023 r.

Nieco inaczej wygląda sytuacja w przypadku kobiet. Choroby układu krążenia odpowiadają za 3,3% ogółu wydatków na świadczenia związane z niezdolnością do pracy, co daje im ósmą pozycję w rankingu. Choć procent ten jest niższy niż w przypadku mężczyzn, nadal wskazuje na istotne znaczenie tej grupy chorób w kontekście zdrowia kobiet i ich zdolności do wykonywania pracy zawodowej. Warto zaznaczyć, że kobiety częściej cierpią na przewlekłe schorzenia układu krążenia o mniej dramatycznym, ale bardziej długotrwałym przebiegu, jak np. przewlekła niewydolność krążeniowa czy nadciśnienie tętnicze.

Różnice w poziomie wydatków związanych z chorobami krążenia pomiędzy płciami mogą wynikać z różnych czynników. Przede wszystkim, mężczyźni są bardziej narażeni na ostre incydenty sercowo-naczyniowe, które często skutkują dłuższą niezdolnością do pracy i wyższymi kosztami leczenia. Z kolei u kobiet objawy chorób krążenia mogą być mniej typowe, co często opóźnia diagnozę i leczenie.

W ocenie poziomu wydatków na świadczenia związane z niezdolnością do pracy istotny jest również wskaźnik wydatków przypadających na jedną osobę objętą ubezpieczeniem zdrowotnym²². Najwyższe przeciętne wydatki na 1 osobę odnotowano w odniesieniu do grup chorobowych wyszczególnionych poniżej:

- zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania (F00 - F99) – 336,82 zł,
- choroby układu mięśniowo-szkieletowego i tkanki łącznej (M00 - M99) – 305,80 zł,
- urazy, zatrucia i inne określone skutki działania czynników zewnętrznych (S00 - T98) – 275,87 zł,
- choroby układu oddechowego (J00 - J99) – 177,93 zł,
- choroby układu krążenia (I00-I99) – 148,74 zł.

Rehabilitacja lecznicza

Zgodnie z definicją WHO, rehabilitacja jest to zestaw interwencji koniecznych, gdy dana osoba doświadcza lub może doświadczyć ograniczeń w codziennym funkcjonowaniu z powodu starzenia się lub stanu zdrowia, w tym chorób przewlekłych, w tym zaburzeń, urazów lub przeżyć. Przykłady ograniczeń w funkcjonowaniu obejmują trudności w myśleniu, widzeniu, słyszeniu, komunikacji, poruszaniu się, utrzymywaniu relacji lub utrzymywaniu pracy. Rehabilitacja umożliwia osobom w każdym wieku utrzymanie lub powrót do codziennych czynności, pełnienie znaczących ról życiowych i maksymalizację ich dobrostanu.

Programy rehabilitacji kardiologicznej redukują śmiertelność wśród pacjentów z chorobą sercowo-naczyniową. Wytyczne są zgodne, że rehabilitacja kardiologiczna nie może być uważana za osobną formę albo etap terapii, lecz musi być zintegrowana ze świadczeniami profilaktyki wtórnej, gdyż stanowi jeden z jej aspektów. Rehabilitacja kardiologiczna daje szanse nauczania i zachęcenia do pozytywnych zachowań zdrowotnych oraz zwiększenia stosowania się do zalecanej farmakoterapii²³.

Rehabilitacja kardiologiczna jest ważnym narzędziem prewencji wtórnej CVD, stanowiącym jej filar. W zaleceniach Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego (ESC, European Society of Cardiology) kompleksowa rehabilitacja kardiologiczna (CR, comprehensive cardiac

²² ZUS, Wydatki na świadczenia z ubezpieczeń społecznych związane z niezdolnością do pracy w 2023 r.

²³ Opinia Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji nr 146/2018 z dnia 27 lipca 2018 r. [<https://bipold.aotm.gov.pl/>; dostęp: 26.03.2024 r.].

rehabilitation), a dokładniej kompleksowa rehabilitacja sercowo-naczyniowa (CVR, comprehensive cardiovascular rehabilitation) ma najwyższą klasę zaleceń i najwyższy poziom wiarygodności danych naukowych w odniesieniu do jej skuteczności w leczeniu chorych z zawałem serca z uniesieniem odcinka ST, po rewaskularyzacji mięśnia sercowego, z przewlekłym zespołem wieńcowym (CCS, chronic coronary syndrome), w prewencji CVD w praktyce klinicznej [4] i u chorych z niewydolnością serca (HF, heart failure)²⁴

1.3. OPIS OBECNEGO POSTĘPOWANIA

Rehabilitacja kardiologiczna jest integralnym elementem opieki nad pacjentem po incydencie sercowo-naczyniowym, obejmującym m.in. zawał mięśnia sercowego, zabiegi kardiochirurgiczne, niewydolność serca, angioplastykę wieńcową czy wszczepienie urządzeń wszczepialnych (ICD, CRT-D). W Polsce, zgodnie z obowiązującym stanem prawnym oraz organizacją systemu ochrony zdrowia, rehabilitacja ta finansowana jest głównie przez Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) oraz Zakład Ubezpieczeń Społecznych (ZUS), a także rozwijana w ramach narodowych i sektorowych programów strategicznych – takich jak Narodowy Program Chorób Układu Krążenia (NPChUK).

1.3.1. Podstawy prawne i formy rehabilitacji kardiologicznej w ramach NFZ

Zgodnie z **Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r.** w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz.U. 2021 poz. 265), rehabilitacja kardiologiczna znajduje się w koszyku świadczeń gwarantowanych NFZ i jest realizowana w trzech formach:

- **Rehabilitacja stacjonarna** – prowadzona w ośrodkach rehabilitacyjnych lub szpitalach. Dedykowana jest pacjentom z większym ryzykiem powikłań, którzy wymagają całodobowego nadzoru. Czas trwania wynosi najczęściej 2–6 tygodni. Zawiera trening fizyczny, edukację prozdrowotną, wsparcie psychologiczne i dietetyczne.
- **Rehabilitacja dzienna (ambulatoryjna)** – przeznaczona dla pacjentów stabilnych klinicznie. Obejmuje codzienne sesje rehabilitacyjne przez 3–6 tygodni w ośrodkach dziennych. Zaletą jest możliwość powrotu pacjenta do życia codziennego przy kontynuacji terapii.
- **Rehabilitacja domowa** – przeznaczona dla pacjentów o ograniczonej mobilności. Zespół terapeutyczny odwiedza pacjenta w domu. Choć dostępna, jest ograniczona ze względu na zasoby i lokalizację.

NFZ szczegółowo reguluje warunki realizacji rehabilitacji w licznych zarządzeniach Prezesa Funduszu, w tym w najnowszym Zarządzeniu NR 41/2025/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 11 czerwca 2025 r. zmieniające zarządzenie w sprawie zmiany zarządzenia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzajach rehabilitacja lecznicza oraz programy zdrowotne w zakresie świadczeń - leczenie dzieci i dorosłych ze śpiączką.

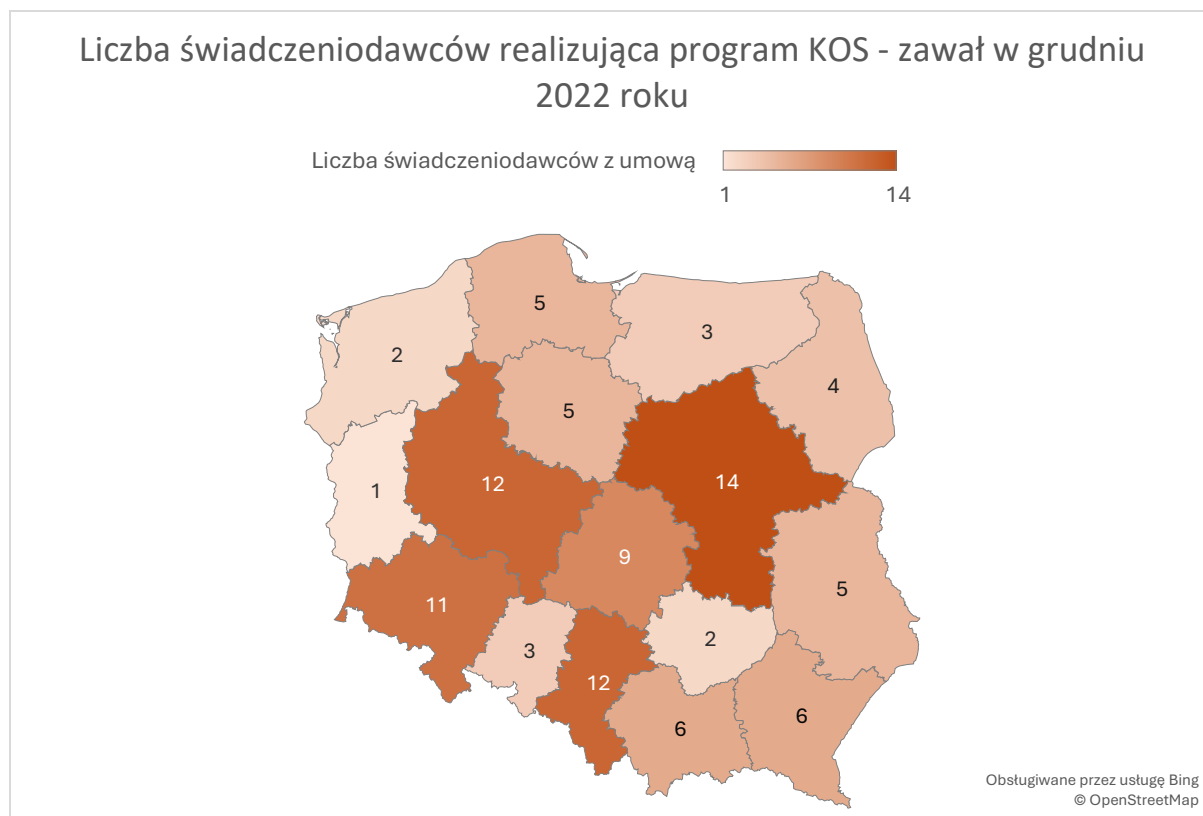
²⁴ Jegier A, Szalewska D, Mawlichanów A, et al. Comprehensive cardiac rehabilitation as the keystone in the secondary prevention of cardiovascular disease. *Kardiologia Polska* 2021; 79(7–8): 901–916, doi: 10.33963/KP.a2021.0066

1.3.2. Kompleksowa Opieka Specjalistyczna po zawale mięśnia sercowego – KOS-zawał

Od 2017 roku NFZ wdrożył innowacyjny program pod nazwą KOS-zawał, wprowadzony Zarządzeniem Nr 38/2017/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 maja 2017 r. Program ten obejmuje zintegrowaną, 12-miesięczną opiekę nad pacjentem po zawale mięśnia sercowego, obejmującą leczenie szpitalne, rehabilitację, konsultacje specjalistyczne i edukację zdrowotną.

Rehabilitacja w KOS-zawał jest jednym z filarów, a dostępność do niej warunkowana jest ścisłym harmonogramem. Zaletą programu jest obecność koordynatora opieki, który czuwa nad terminowością świadczeń, redukując ryzyko utraty kontaktu pacjenta z systemem ochrony zdrowia. Według danych NFZ, uczestnicy KOS-zawał rzadziej wymagają hospitalizacji w ciągu roku po zawale w porównaniu do pacjentów leczonych standardowo.

Mapa: Opracowanie własne na podstawie: „Funkcjonowanie programu KOS-zawał”, Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia, Warszawa, październik 2023



Wykres 14: Oprac. własne na podstawie: „Funkcjonowanie programu KOS-zawał”, Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia, Warszawa, październik 2023, Liczba świadczeniodawców realizujących program KOS - zawał w grudniu 2022 roku

Liczba podmiotów, którzy mają podpisaną umowę na realizację programu stale wzrasta. W lipcu 2023 roku umowy na realizację programu posiadało 103 świadczeniodawców.

Objęcie chorych programem istotnie statystycznie zmniejsza ryzyko zgonu (śmiertelność 30-dniową, 180-dniową i roczną), a dodatkowo osoby rehabilitowane kardiologicznie mają istotnie niższe ryzyko wystąpienia niewydolności serca.²⁵

1.3.3. Program Profilaktyki Chorób Układu Krążenia (ChUK)

Na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej działa Program Profilaktyki Chorób Układu Krążenia (ChUK), wprowadzony Obwieszczeniem Ministra Zdrowia z dnia 15 lutego 2021 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U. 2021 poz. 540). Program skierowany jest do osób w wieku 35–65 lat, u których nie rozpoznano wcześniej chorób sercowo-naczyniowych. Obejmuje wywiad zdrowotny, badania laboratoryjne, ocenę ryzyka SCORE oraz w razie konieczności, skierowanie do specjalisty lub na rehabilitację.

1.3.4. Ścieżka kardiologiczna w ramach opieki koordynowanej realizowanej przez POZ

Na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 15 września 2022 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U. 2022 poz. 1965) z dniem 1 października 2022 roku w placówkach Podstawowej Opieki Zdrowotnej została wprowadzona opieka koordynowana.

Ścieżka kardiologiczna w ramach opieki koordynowanej to kompleksowe podejście do leczenia pacjenta z chorobami układu krążenia, którego celem jest zwiększenie skuteczności diagnostyki, leczenia oraz opieki poszpitalnej, z uwzględnieniem profilaktyki i edukacji zdrowotnej.²⁶

Ścieżka kardiologiczna jest przeznaczona dla pacjentów ze zdiagnozowanymi lub podejrzanymi chorobami układu krążenia, w szczególności: nadciśnieniem tętniczym, niewydolnością serca, zaburzeniami rytmu serca, chorobą niedokrwinną serca, miażdżycą. Świadczenia opieki koordynowanej w zakresie ścieżki kardiologicznej obejmują najczęściej występujące jednostki chorobowe: nadciśnienie tętnicze, niewydolność serca, choroba niedokrwenna serca, migotanie przedsionków.

Badania diagnostyczne dostępne dla lekarza POZ finansowane z budżetu powierzonego w ramach ścieżki kardiologicznej są następujące: EKG wysiłkowe, Holter EKG 24, 48, 72h, Holter RR, USG Doppler tt. szyjnych i naczyń kończyn dolnych, ECHO serca przezklatkowe, BNP, NT-proBNP, albuminuria, UACR, konsultacja z lekarzem specjalistą w dziedzinie kardiologii

Lekarz POZ obejmujący opieką chorego w ramach opieki koordynowanej obowiązany jest do przeprowadzenia corocznej wizyty kompleksowej, będącej podstawą do oceny obecnego stanu pacjenta oraz opracowania Indywidualnego Planu Opieki Medycznej. IPOM stanowi dla pacjenta opracowane wytyczne w zakresie postępowania farmakologicznego i niefarmakologicznego, a także zaplanowanych badań, konsultacji i porad edukacyjnych.

Osobą sprawującą opiekę nad całym procesem diagnostyczno-terapeutycznym pacjenta jest koordynator. Jego praca obejmuje:

- promowanie profilaktyki poprzez aktywne zachęcanie pacjentów do badań,

²⁵ Funkcjonowanie programu KOS-zawał, Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia, Warszawa, październik 2023, s.3

²⁶ Por. Ścieżka kardiologiczna opieki koordynowanej, Polskie Towarzystwo Medycyny Rodzinnej (PTMR)

- umawianie wizyt pacjenta i planowanie konsultacji specjalistycznych,
- ustalanie terminu wykonywania badań dodatkowych, a także potwierdzanie badań i przypominanie o nich
- informowanie o innych założeniach Indywidualnego Planu Opieki Medycznej wraz z monitorowaniem jego realizacji.²⁷

1.3.5. Specjalistyczna porada kardiologiczna w ramach AOS

W ramach Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej (AOS) funkcjonuje specjalistyczna porada kardiologiczna. Jest to świadczenie opieki zdrowotnej finansowane ze środków publicznych, realizowane przez lekarza posiadającego specjalizację w dziedzinie kardiologii w warunkach ambulatoryjnych (czyli niewymagających pobytu w szpitalu). Proces ten rozpoczyna się zazwyczaj od wystawienia skierowania przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego (najczęściej lekarza POZ), co jest niezbędne, gdyż kardiologia nie należy do dziedzin objętych dostępem bezpośrednim bez skierowania. W ramach samej porady lekarz kardiolog przeprowadza szczegółowy wywiad chorobowy oraz badanie przedmiotowe, a także zleca lub wykonuje niezbędne badania diagnostyczne, takie jak EKG spoczynkowe, echo serca, testy wysiłkowe czy monitorowanie holterowskie, w celu postawienia diagnozy lub kontroli przebiegu leczenia już rozpoznanej choroby układu krążenia. Efektem porady jest ustalenie planu terapeutycznego, wystawienie recept na leki, skierowań na dalszą diagnostykę lub leczenie szpitalne, a także wydanie informacji dla lekarza kierującego, co zapewnia ciągłość opieki nad pacjentem.^{28 29 30}

1.3.6. Rehabilitacja lecznicza w ramach prewencji rentowej ZUS

Zakład Ubezpieczeń Społecznych oferuje rehabilitację w ramach prewencji rentowej, finansowaną na podstawie ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Dz.U. 2024 poz. 1631). Jej celem jest przywrócenie zdolności do pracy osób zagrożonych długotrwałą niezdolnością w tym z powodu chorób układu krążenia.

Z rehabilitacji mogą skorzystać osoby zagrożone niezdolnością do pracy, ubezpieczone w ZUS. Rehabilitacja trwa zazwyczaj 24 dni i odbywa się w ośrodkach wyłonionych przez ZUS (np. sanatoriach w Ustroniu, Nałęczowie, Kołobrzegu). Obejmuje fizjoterapię, opiekę medyczną, zajęcia edukacyjne i wsparcie psychologiczne. Zaletą jest brak konieczności kierowania przez lekarza NFZ – pacjent może być skierowany przez orzecznika ZUS.

W 2021 roku NIK w Informacji o wynikach kontroli pn. Rehabilitacja lecznicza realizowana przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych w ramach prewencji rentowej wystąpił do Prezesa

²⁷ Opieka koordynowana w POZ, <https://ptmr.info.pl/opieka-koordynowana-w-poz/>

²⁸ Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2025 poz. 1461)

²⁹ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz.U. 2016 poz. 357)

³⁰ Zarządzenie Nr 103/2025/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 grudnia 2025 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna

ZUS o podjęcie działań w celu skrócenia średniego okresu oczekiwania na rehabilitację leczniczą od złożenia wniosku o rehabilitację do jej rozpoczęcia.³¹

1.3.7. Narodowy Program Chorób Układu Krążenia 2022–2032

Kluczowym elementem przyszłościowej polityki zdrowotnej w Polsce jest Narodowy Program Chorób Układu Krążenia na lata 2022–2032 (NPChUK), Strategia została przyjęta przez Radę Ministrów w drodze uchwały nr 247 z dnia 6 grudnia 2022 r., która weszła w życie w dniu 28 grudnia 2022 r.

Celem głównym programu jest zmniejszenie zachorowalności i umieralności z powodu chorób układu krążenia poprzez poprawę profilaktyki, diagnostyki, leczenia i rehabilitacji.

Filary NPChUK obejmują:

- rozwój opieki skoordynowanej,
- wdrożenie ogólnokrajowego modelu kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej,
- cyfryzację opieki nad pacjentem z chorobami sercowo-naczyniowymi,
- upowszechnienie opieki ambulatoryjnej i telemedycyny,
- utworzenie rejestru chorób sercowo-naczyniowych.

W obszarze rehabilitacji, NPChUK zakłada:

- standaryzację programów rehabilitacyjnych na poziomie krajowym,
- zwiększenie dostępności do rehabilitacji domowej i zdalnej, w tym wdrażanie programów telerehabilitacji z wykorzystaniem aplikacji mobilnych, czujników i konsultacji online,
- integrację rehabilitacji z edukacją prozdrowotną i zmianą stylu życia (np. porady dietetyczne, antynikotynowe),
- wprowadzenie wskaźników jakości rehabilitacji kardiologicznej (np. liczba pacjentów objętych rehabilitacją do 14 dni po zawale).

W ramach NPChUK, przewidziano finansowanie na poziomie ok. 1 miliarda złotych rocznie, z czego znacząca część ma trafić do ośrodków realizujących rehabilitację. Ministerstwo Zdrowia planuje również zwiększenie liczby ośrodków rehabilitacyjnych w regionach o niskim dostępie, szczególnie we wschodnich województwach.

Program zakłada również współpracę z samorządami, uczelniami i organizacjami pozarządowymi w zakresie promocji zdrowia sercowo-naczyniowego.

1.4. UZASADNIENIE POTRZEBY WDROŻENIA REGIONALNEGO PROGRAMU ZDROWOTNEGO

1.4.1. Strategie krajowe

Zdrowa Przyszłość. Ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r.

Zdrowa Przyszłość³² identyfikuje główne wyzwania w systemie ochrony zdrowia. Jest głównym, parasolowym dokumentem strategicznym dla zdrowia. Przedstawia niezbędne

³¹ Informacja o wynikach kontroli pn. Rehabilitacja lecznicza realizowana przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych w ramach prewencji rentowej, NIK 2021, s. 22

³² Ustawa z dnia 6 grudnia 2006 r. o zasadach prowadzenia polityki rozwoju Dz.U. 2021 poz. 1057. Przyjęty uchwałą nr 196/2021 Rady Ministrów z dnia 27 grudnia 2021 r. w sprawie ustanowienia polityki publicznej pt.

kierunki zmian, które należy podjąć, aby zapewnić obywatelom dostęp do wysokiej jakości usług zdrowotnych. Wskazuje też główne działania mające na celu poprawę sytuacji w polskim systemie ochrony zdrowia. Wyznaczone cele i narzędzia stanowią ramy strategiczne dla działań wszystkich instytucji w ochronie zdrowia.

Celem „Zdrowej Przyszłości” jest zapewnienie obywatelom równego i adekwatnego do potrzeb zdrowotnych dostępu do wysokiej jakości świadczeń zdrowotnych. Oczekiwanym efektem jest wydłużenie trwania życia w zdrowiu i poprawa stanu zdrowia społeczeństwa.

Opracowanie programu polityki zdrowotnej związanych ze środowiskiem pracy ma na celu ułatwienie podjęcia lub powrotu do aktywności społecznej i zawodowej osób, co jest zgodne z założeniami „Zdrowej Przyszłości” w zakresie poprawy jakości życia i zdrowia.

Cel 1.1 [Dostępność] Zapewnienie równej dostępności do świadczeń zdrowotnych w ilości i czasie adekwatnych do uzasadnionych potrzeb zdrowotnych społeczeństwa

Kierunek interwencji 1: Rozwój profilaktyki, skuteczna promocja zdrowia i postaw prozdrowotnych

- Narzędzie 1.1 Realizacja programów profilaktycznych
- Narzędzie 1.2 Wdrożenie i realizacja działań służących wsparciu zdrowia osób pracujących
- Narzędzie 1.3 Wsparcie działań w kierunku kształtowania i rozwoju postaw prozdrowotnych oraz przedsięwzięć promujących zdrowy styl życia

Kierunki działań w zakresie medycyny pracy określa ustawa z dnia 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy. Mając na uwadze potencjał realizowanych zadań przez lekarzy medycyny pracy oraz obowiązek cyklicznych badań z tego zakresu, kluczowe jest rozszerzenie realizowanych działań na rzecz wsparcia profilaktyki zdrowotnej.

Głównym celem projektów w ramach przedmiotowego narzędzia jest wzmocnienie potencjału zdrowia osób pracujących.

Program zakłada kompleksowe wsparcie zdrowia osób pracujących oraz wdrożenie kompleksowej opieki profilaktycznej nakierowanej na wszystkie aspekty zdrowia pracowników. Uwzględnia również rozwój działań prozdrowotnych dla osób pracujących lub osób zarejestrowanych w powiatowym urzędzie pracy, w tym identyfikację czynników ryzyka w miejscu pracy, doradztwo w zakresie przeciwdziałania szkodliwym warunkom, rehabilitację, możliwości przekwalifikowania.

Program zdrowotny zawiera realizację doradztwa zawodowego w następujących obszarach:

- Poznawanie własnych zasobów: m.in.: zainteresowań, zdolności i uzdolnień, mocnych i słabych stron jako potencjalnych obszarów do rozwoju, ograniczeń, kompetencji (wiedzy, umiejętności i postaw), wartości, predyspozycji zawodowych, stanu zdrowia, samopoznanie, motywacja do pracy,
- Świat zawodów i rynek pracy m.in. poznawanie zawodów, wyszukiwanie oraz przetwarzanie informacji o zawodach i rynku pracy, umiejętność poruszania się po nim, poszukiwanie i utrzymanie pracy, metody poszukiwania pracy,

„Zdrowa Przyszłość. Ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r.

- Rynek edukacyjny i uczenie się przez całe życie: m.in. wyszukiwanie oraz przetwarzanie informacji o formach i placówkach kształcenia, uczenie się przez całe życie (zawody, szkoły, kursy),
- Planowanie własnego rozwoju i podejmowanie decyzji edukacyjno-zawodowych: m.in. podwyższenie posiadanych kwalifikacji zawodowych, przekwalifikowanie zawodowe, przygotowanie do rozmowy kwalifikacyjnej z pracodawcą autoprezentacja pisanie CV i listu motywacyjnego,
- Rynek pracy dedykowany osobom z niepełnosprawnościami: m.in. zakłady pracy chronionej, warsztaty terapii zajęciowej i zakłady aktywizacji zawodowej.

Cel 1.4 [Zdrowie publiczne] Rozwój profilaktyki, skuteczna promocja zdrowia i postaw prozdrowotnych.

Projekt jest zgodny z Celem 1.4 ponieważ obejmuje działania związane ze środowiskiem pracy. Jest to szczególnie ważne, ponieważ profilaktyka i promocja zdrowia są kluczowe dla zapobiegania chorobom i wspierania długotrwałego zdrowia oraz dobrostanu społeczeństwa.

Działania założone w programie są zgodne z Mapą potrzeb zdrowotnych na okres od 1 stycznia 2022 r. do 31 grudnia 2026 r. i danymi źródłowymi do ww. mapy dostępnymi na internetowej platformie danych BASiW udostępnionej przez MZ w zakresie epidemiologii, prognozy epidemiologicznej, czynników ryzyka oraz profilaktyki, rehabilitacji.

Zgodnie z Mapą potrzeb zdrowotnych, w roku 2022 na terenie województwa lubelskiego głównymi rozpoznaniem w rehabilitacji medycznej (we wszystkich rodzajach świadczeń łącznie) były choroby układu mięśniowo-szkieletowego (68%), choroby układu nerwowego (21%) pozostałe choroby (14%) oraz choroby układu krążenia (3%). Choroby układu mięśniowo-szkieletowego były główną przyczyną rehabilitacji realizowanej w warunkach ambulatoryjnych, stacjonarnych i dziennych, natomiast w przypadku rehabilitacji prowadzonej w warunkach domowych głównym rozpoznaniem były choroby układu nerwowego.

Pomimo zadowalającego wskaźnika liczby ośrodków rehabilitacji ambulatoryjnej odnotowuje się zbyt długi czas oczekiwania na udzielone świadczenie.

Aktualnie w Polsce czas oczekiwania na rehabilitację wynosi od kilku tygodni do kilku miesięcy, a w tym okresie dochodzi do utrwalenia negatywnych zmian funkcjonalnych i pogorszenia się stanu psychicznego i fizycznego pacjenta.

Rehabilitacja w obszarze chorób układu krążenia ma znaczący wpływ na powrót lub utrzymanie pracy. Jej celem jest przywrócenie lub zoptymalizowanie funkcji fizycznych, poznawczych i emocjonalnych, które zostały osłabione lub utracone w wyniku urazu lub choroby. W związku z powyższym program profilaktyczny w obszarze chorób układu krążenia epidemiologicznie potwierdza konieczność podjęcia działań w tym zakresie.

Zgodnie z prognozą zawartą w Mapach potrzeb zdrowotnych na okres od 1 stycznia 2022 r. do 31 grudnia 2026 r. stwierdza się, że do roku 2028 r. w przypadku kardiomiopatii i zapalenia mięśnia sercowego oraz choroby niedokrwiennej serca mamy do czynienia ze znaczącym wzrostem wartości, odpowiednio o 4,45 oraz 10,33 na 100 tys. ludności (15,56% oraz 4,08%) w stosunku do 2019 r.

1.4.2. Strategie regionalne

Działania zaplanowane do realizacji w regionalnym programie zdrowotnym wpisują się w następujące regionalne dokumenty strategiczne w zakresie ochrony zdrowia:

1. Fundusze Europejskie dla Lubelskiego 2021-2027³³;
2. Wojewódzki Plan Transformacji na lata 2022-2026 dla województwa lubelskiego³⁴;
3. Program Strategiczny Ochrony Zdrowia województwa lubelskiego³⁵;
4. Strategia Rozwoju Województwa Lubelskiego 2030³⁶;

Program „Zdrowe serce Lubelszczyzny – program kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej” jest w pełni zgodny z celami i założeniami programu Fundusze Europejskie dla Lubelskiego 2021–2027, w szczególności z działaniami finansowanymi w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego Plus (EFS+), który wspiera inicjatywy na rzecz profilaktyki oraz oddziaływania na rynek pracy poprzez przeciwdziałanie dezaktywizacji zawodowej z przyczyn zdrowotnych osób aktywnych zawodowo. Program wpisuje się bezpośrednio w Priorytet IX programu Fundusze Europejskie dla Lubelskiego 2021-2027, w cel szczegółowy d), którego istotą jest wspieranie aktywnego i zdrowego starzenia się oraz zdrowego i dobrze dostosowanego środowiska pracy, które uwzględnia zagrożenia dla zdrowia. Uwzględniając fakt, że grupą docelową programu są osoby pracujące lub zarejestrowane w powiatowym urzędzie pracy, realizacja projektu dodatkowo odpowiada na wyzwania z zakresu wydłużania aktywności zawodowej mieszkańców regionu, co pozostaje w zgodzie z założeniami EFS+ dotyczącymi wspierania zdolności do pracy oraz profilaktyki chorób przewlekłych, w tym chorób układu krążenia. Program zakłada działania edukacyjne, diagnostyczne i rehabilitacyjne, które przyczyniają się do wczesnego wykrywania czynników ryzyka, ograniczenia absencji chorobowej, poprawy jakości życia i zdolności do pracy, co jest zgodne z celami szczegółowymi Funduszy Europejskich w obszarze zdrowia i rynku pracy. W związku z powyższym należy uznać, że program „Zdrowe serce Lubelszczyzny” jest spójny z priorytetami i mechanizmami wdrażania FEL, a jego realizacja stanowić będzie skuteczny instrument wspierania zdrowia publicznego i kapitału ludzkiego regionu.

1.4.2.1. Wojewódzki Plan Transformacji Województwa Lubelskiego na lata 2022–2026

Program „Zdrowe serce Lubelszczyzny – program kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej” wykazuje zgodność z „Zaktualizowanym Wojewódzkim Planem Transformacji Województwa Lubelskiego na lata 2022–2026” ogłoszonym w Dzienniku Urzędowym Województwa Lubelskiego (poz. 6924 z dnia 31 grudnia 2024 r.)³⁷. Zgodność ta widoczna jest zarówno na poziomie strategicznym, jak i operacyjnym. Po pierwsze, program odpowiada na

³³ Program Fundusze Europejskie dla Lubelskiego 2021-2027 (przyjęty przez Zarząd Województwa Lubelskiego Uchwałą nr CDXVII/7223/2022 z dnia 13 grudnia 2022 roku) zatwierdzony przez Komisję Europejską decyzją wykonawczą nr C(2022)8382 z dnia 24 listopada 2022 roku.

³⁴ Obwieszczenie Wojewody Lubelskiego z dnia 31 grudnia 2024 r. w sprawie ogłoszenia zaktualizowanego Wojewódzkiego Planu Transformacji dla województwa lubelskiego na lata 2022-2026 (Dz. Urz. Woj. Lub. 2021.6121)

³⁵ Program Strategiczny Ochrony Zdrowia województwa lubelskiego, Załącznik do uchwały nr CCLXXXIX/5107/2021 Zarządu Województwa Lubelskiego z dnia 24 sierpnia 2021 r.

³⁶ Strategia Rozwoju Województwa Lubelskiego 2030, LUBLIN 2021

³⁷ Obwieszczenie Wojewody Lubelskiego z dnia 31 grudnia 2024 r. w sprawie ogłoszenia zaktualizowanego Wojewódzkiego Planu Transformacji dla województwa lubelskiego na lata 2022-2026 (Dz. Urz. Woj. Lub. 2021.6121)

zidentyfikowane w Planie najpoważniejsze potrzeby zdrowotne województwa, w tym szczególnie wysoką zachorowalność i umieralność z powodu chorób układu krążenia. Po drugie, program wpisuje się w jeden z głównych kierunków działań wskazanych w rozdziale 3.1 WPT, tj. wzmocnienie działań profilaktycznych w zakresie chorób sercowo-naczyniowych, poprzez wczesne wykrywanie, edukację zdrowotną, promocję zdrowego stylu życia i zwiększanie zgłaszalności na badania. Dodatkowo, w programie przewidziano kompleksową rehabilitację kardiologiczną, która jest zgodna z rekomendacjami zawartymi w części WPT dotyczącej rehabilitacji medycznej (rozdz. 3.6), gdzie wskazano na potrzebę rozwoju i lepszego skoordynowania świadczeń rehabilitacyjnych, zwłaszcza w odniesieniu do pacjentów po przebytych chorobach serca. Program „Zdrowe serce Lubelszczyzny” odpowiada również na potrzeby określone w Planie dotyczące poprawy dostępności do świadczeń i ograniczenia kolejek, co jest zgodne z celami operacyjnymi polityki zdrowotnej województwa. Istotnym elementem zgodności jest także struktura organizacyjna i źródła finansowania – program uwzględnia udział jednostek samorządu terytorialnego oraz środki publiczne, w tym fundusze unijne, co pozostaje spójne z założeniami WPT. Co więcej, planowane działania i spodziewane efekty programu, takie jak zmniejszenie zapadalności na choroby układu krążenia i poprawa jakości życia pacjentów, wpisują się bezpośrednio w system mierników zawartych w WPT, odnoszących się do liczby beneficjentów programów profilaktycznych i redukcji wskaźników zapadalności na choroby układu krążenia. Wreszcie, program realizuje również cele krajowych dokumentów strategicznych wskazanych jako podstawy WPT, takich jak Mapa Potrzeb Zdrowotnych, Narodowy Program Zdrowia oraz Narodowy Program Chorób Układu Krążenia 2022–2032. W związku z powyższym należy stwierdzić, że program „Zdrowe serce Lubelszczyzny” jest w pełni zgodny z kierunkami i założeniami Wojewódzkiego Planu Transformacji oraz stanowi jego praktyczną realizację w kluczowym obszarze zdrowia publicznego.

1.4.2.2. Program Strategiczny Ochrony Zdrowia Województwa Lubelskiego na lata 2021–2027

Program „jest spójny z założeniami „Programu Strategicznego Ochrony Zdrowia Województwa Lubelskiego na lata 2021–2027”, przyjętego uchwałą Zarządu Województwa Lubelskiego nr CCLXXXIX/5107/2021. Dokument ten identyfikuje choroby układu krążenia jako jedną z głównych przyczyn utraty lat życia (YLL) w regionie oraz jako jeden z kluczowych problemów epidemiologicznych województwa, wymagających pilnych i skoordynowanych działań w zakresie profilaktyki, leczenia oraz rehabilitacji. Program „Zdrowe serce Lubelszczyzny” wpisuje się w ten kierunek, oferując kompleksową rehabilitację kardiologiczną, której znaczenie dla wydłużenia życia w zdrowiu, zmniejszenia niepełnosprawności i poprawy jakości życia pacjentów zostało podkreślone w rozdziale 1.3 oraz 3 dokumentu strategicznego. Jednocześnie program adresowany jest do populacji w wieku produkcyjnym, co pozostaje w zgodzie z celem programu strategicznego, jakim jest umożliwienie mieszkańcom regionu pełnego uczestnictwa w życiu społeczno-gospodarczym poprzez wydłużenie okresu aktywności zawodowej w dobrym zdrowiu. Program odpowiada również na zdiagnozowane potrzeby w zakresie niewystarczającej dostępności do rehabilitacji, przeciążenia szpitali i konieczności przeniesienia ciężaru opieki na poziom ambulatoryjny oraz środowiskowy, co znajduje potwierdzenie w rekomendacjach strategii wojewódzkiej. Ponadto „Zdrowe serce Lubelszczyzny” uwzględnia działania edukacyjne i prozdrowotne, których rozwój uznano w dokumencie za niezbędny element poprawy efektywności systemu ochrony zdrowia. Z uwagi na silne osadzenie programu w regionalnych priorytetach zdrowotnych oraz jego praktyczną

zgodność z kierunkami interwencji określonymi w strategii, należy jednoznacznie stwierdzić, że program ten jest zgodny z „Programem Strategicznej Ochrony Zdrowia Województwa Lubelskiego na lata 2021–2027” i może stanowić jego operacyjną realizację w obszarze chorób układu krążenia wśród populacji aktywnej zawodowo.

Program „Zdrowe serce Lubelszczyzny – program kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej” realizuje Cel strategiczny 3 – Innowacyjny rozwój gospodarki oparty o zasoby i potencjały regionu Cel operacyjny 3.3. Promocja i rozwój usług prozdrowotnych, uzdrowiskowych oraz gospodarki senioralnej Cel strategiczny 4 – Wzmacnianie kapitału społecznego Cel operacyjny 4.1. Rozwijanie kapitału ludzkiego Cel operacyjny 4.2. Poprawa jakości świadczenia usług zdrowotnych Cel operacyjny 4.3. Włączenie i integracja społeczna.

Wysoka jakość życia mieszkańców regionu, a zwłaszcza zapewnienie dostępu do wysokiej jakości usług zdrowotnych i profilaktycznych, ma kluczowe znaczenie wobec wysokiego obciążenia populacji chorobami układu krążenia. Program wpisuje się także w zwiększenie aktywności zawodowej i wydłużenie życia w zdrowiu, wspierając populację w wieku produkcyjnym poprzez działania profilaktyczne i rehabilitacyjne, których celem jest poprawa stanu zdrowia i zdolności do pracy. Zgodnie z dokumentem, działania programu realizują również kierunki interwencji zawarte w Strategii, takie jak: „Rozwój i promocja programów profilaktyki zdrowotnej oraz kompleksowej opieki rehabilitacyjnej”, „Zwiększenie dostępności i jakości usług zdrowotnych, w tym w zakresie opieki środowiskowej i ambulatoryjnej”, a także „Wspieranie zdrowia publicznego poprzez działania informacyjne i edukacyjne”. Program w pełni wspiera także horyzontalny kierunek interwencji dotyczący integracji działań społecznych i zdrowotnych na rzecz wydłużenia aktywnego życia mieszkańców regionu. Tym samym „Zdrowe serce Lubelszczyzny” realizuje nie tylko główne założenia Strategii, ale też bezpośrednio przekłada się na osiągnięcie jej celów operacyjnych i długoterminowych.

II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji

2.1. Cel główny

Celem głównym Programu jest uzyskanie poprawy stanu funkcjonalnego w obszarze tolerancji wysiłku i adaptacji do czynności dnia codziennego, wyrażonej poprawą o co najmniej 10%* wyników 6-minutowego testu marszowego u co najmniej 30%** uczestników programu - mieszkańców województwa lubelskiego, pracujących lub zarejestrowanych jako osoby bezrobotne poddanych rehabilitacji kardiologicznej w ramach programu w latach 2026-2029.

2.2. Cele szczegółowe

- 1) Uzyskanie lub utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy w zakresie wtórnej profilaktyki chorób układu krążenia, potwierdzonego wynikiem testu wiedzy (pre-post), u co najmniej 60%** uczestników Programu.
- 2) Utrzymanie lub podjęcie aktywności zawodowej u co najmniej 60%³⁸ uczestników programu mierzona w okresie do 4 tygodni po zakończeniu udziału w Programie na podstawie zaświadczenia o zatrudnieniu.
- 3) Poprawa kontroli czynników ryzyka chorób układu krążenia u co najmniej 15%** uczestników programu tj. normalizacja masy ciała, poprawa wskaźników aktywności fizycznej, regularne przyjmowanie leków.
- 4) Ograniczenie lub całkowite zaprzestanie używania produktów zawierających nikotynę w trakcie trwania Programu, u co najmniej 10%** osób będących czynnym palaczem w okresie rekrutacji do Programu.
- 5) Uzyskanie prawidłowych wartości ciśnienia tętniczego krwi u co najmniej 5%** uczestników Programu, u których w trakcie rekrutacji stwierdzono nieprawidłowe wartości.
- 6) Uzyskanie prawidłowych wartości stężenia glukozy na czczo i/lub stężenia cholesterolu LDL u co najmniej 5%** uczestników programu cechujących się nieprawidłowymi wartościami w czasie rekrutacji do Programu.
- 7) Uzyskanie subiektywnej poprawy jakości życia lub jej utrzymanie, jeśli wyjściowo była na wysokim poziomie (mierzonej standaryzowanym kwestionariuszem EQ-5D-5L, metodą pre-post) u co najmniej 60%** uczestników w ciągu 4 tygodni od zakończenia udziału/po zakończeniu udziału w Programie

*Wartość docelowa została przyjęta na podstawie Rekomendacji w Zakresie Realizacji Kompleksowej Rehabilitacji Kardiologicznej (Stanowisko Ekspertów PPK), dotyczących 6-minutowego testu marszowego.

** Wartości docelowe mierników określono na podstawie własnych doświadczeń oraz doświadczeń innych jednostek samorządu terytorialnego w realizacji programów polityki zdrowotnej tj. Program prozdrowotny w zakresie zapobiegania chorobom kręgosłupa oraz fizjoprofilaktyki dotyczącej ergonomii pracy na lata 2022-2026 (kontynuacja programu realizowanego w latach 2012-2015 oraz 2017-2021), Regionalny program rehabilitacji osób z chorobami układu krążenia na lata 2019-2023, Regionalny

³⁸ https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9468005/?utm_source=chatgpt.com

program rehabilitacji osób z chorobami przewlekłymi układu kostno-stawowego i mięśniowego na lata 2019-2022 w województwie śląskim.

2.3. Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej

Lp.	Mienniki efektywności	Cel	Wartość docelowa	Sposób pomiaru
1.	Odsetek uczestników Programu z poprawą wyniku 6-minutowego testu marszowego o $\geq 10\%$	Cel główny	Co najmniej 30% uczestników poprawą o co najmniej 10%	Wynik 6-minutowego testu marszowego (przed rozpoczęciem udziału w rehabilitacji i po jej zakończeniu)
2.	Odsetek uczestników Programu, którzy osiągnęli poprawę wyniku testu wiedzy lub utrzymali wysoki poziom wiedzy (test wiedzy pre-post)	Cel 1 szczegółowy	Co najmniej 60% uczestników Programu poprawi test wiedzy (pre-post test) o 10% lub utrzyma/poprawi wysoki poziom (80%) wiedzy początkowej (pre-post test)	Wynik testu wiedzy (pre-test) przed rozpoczęciem edukacji i ten sam test wiedzy (post-test) po zakończeniu edukacji
3.	Odsetek uczestników Programu, którzy utrzymali lub podjęli aktywność zawodową	Cel 2 szczegółowy	$\geq 70\%$ uczestników	Zaświadczenie o zatrudnieniu lub wydruk z CEIDG dostarczone w okresie do 4 tygodni po zakończeniu udziału w programie
4.	Odsetek uczestników Programu cechujących się występowaniem czynników ryzyka, u których doszło do poprawy w zakresie czynników ryzyka tj. zmniejszenie masy ciała u osób z nadwagą/otyłością, zwiększenie aktywności fizycznej, regularnego przyjmowania leków	Cel 3 szczegółowy	$\geq 15\%$ uczestników	Porównanie wyników pomiarów przed przystąpieniem do Programu oraz po jego zrealizowaniu: – pomiar masy ciała zapisany w dokumentacji pacjenta, – ocena obiektywnej aktywności fizycznej wg kwestionariusza IPAQ, – deklaracja pacjenta dotycząca regularności przyjmowania leków
5.	Odsetek uczestników programu używających produkty zawierające tytoń, którzy ograniczyli lub zaprzestali używania tych produktów	Cel 4 szczegółowy	$\geq 10\%$ uczestników	Porównanie deklaracji pacjenta dotyczących liczby używanych produktów zawierających tytoń przed przystąpieniem do Programu i po jego ukończeniu
6.	Odsetek uczestników z nieprawidłowymi	Cel 5 szczegółowy	$\geq 5\%$ uczestników	Porównanie pomiarów CTK zapisanych w

	wynikami CTK, którzy osiągnęli wartości prawidłowe po zakończeniu udziału w Programie			dokumentacji pacjenta przed przystąpieniem do Programu i po jego ukończeniu,
7.	Odsetek uczestników z nieprawidłowymi wynikami glukozy lub LDL, którzy osiągnęli wartości prawidłowe po zakończeniu udziału w Programie	Cel 6 szczegółowy	≥5% uczestników	Porównanie wyników badań biochemicznych krwi przed przystąpieniem do Programu i po jego ukończeniu,
8.	Odsetek osób, u których doszło do poprawy życia w związku z udziałem w Programie	Cel 7 szczegółowy	≥60% uczestników	Porównanie wyników kwestionariusza EQ-5D przed przystąpieniem do Programu i po jego ukończeniu

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

3.1. Populacja docelowa

Program jest przeznaczony dla pracujących mieszkańców województwa lubelskiego lub osób zarejestrowanych jako osoby bezrobotne w powiatowych urzędach pracy (PUP). Celem programu jest zmniejszenie ryzyka powikłań chorób sercowo-naczyniowych, aby ułatwić powrót do pracy lub utrzymanie zatrudnienia, o którym mowa w pkt 1 lit. C w Wytycznych dotyczących realizacji projektów z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w regionalnych programach na lata 2021–2027.

Stąd też, skierowany jest on do osób pracujących lub zarejestrowanych w powiatowych urzędach pracy, które zgodnie z wytycznymi Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego (PTK 2021) kwalifikują się do rehabilitacji kardiologicznej, (tj.: stan po ostrych zespołach wieńcowych, stan po rewaskularyzacji mięśnia sercowego, przewlekły zespół wieńcowy, niewydolność serca, stan po implantacji elektronicznych wszczepialnych urządzeń terapeutycznych, stan po naprawie/wymianie zastawek serca, stan po przeszczepieniu serca, stan po implantacji urządzeń do wspomagania pracy komór serca, obecność wady wrodzonej serca, choroby tętnic obwodowych, stan po incydentach w zakresie naczyń mózgowych.).

W programie zastosowano wszechstronne podejście, aby skutecznie odpowiedzieć na założone cele. Zaplanowane działania obejmują nie tylko świadczenia rehabilitacyjne, ale również ukierunkowaną edukację oraz konsultacje ze specjalistami takimi jak lekarz, pielęgniarka, fizjoterapeuta, psycholog, dietetyk i doradca zawodowy. Takie kompleksowe wsparcie pozwala na osiągnięcie podwójnego efektu: łączenie leczenia z prewencją (wtórną, tj. zapobieganie nawrotom i powikłaniom ChUK). Dzięki temu program maksymalizuje swoje działanie.

Jak zostało wskazane w rozdziale I, w latach 2020-2023 w województwie lubelskim odnotowywano systematyczny spadek liczby mieszkańców – we wskazanym okresie wyniósł on -2,2% (ubytek o 45,8 tys. mieszkańców)³⁹. Ostatecznie, w 2024 r. liczba mieszkańców województwa zmniejszyła się do poziomu poniżej 2 mln osób i wyniosła 1 996 440 osób. Podobny trend jest obserwowany w skali kraju.

Województwo lubelskie charakteryzuje się przewagą kobiet w populacji, które stanowią 51,61% ogółu mieszkańców. Na 100 mężczyzn przypadało 107 kobiet, przy czym w miastach proporcje te były jeszcze bardziej wyraźne (114 kobiet na 100 mężczyzn) niż na wsi (101 kobiet na 100 mężczyzn). W obrębie grupy wiekowej do 50 lat włącznie oraz w grupie 54-latków odnotowano przewagę mężczyzn⁴⁰.

Spadek ten wynika zarówno z ujemnego salda migracji, jak i ujemnego przyrostu naturalnego. Co znaczące, zmniejszenie liczby ludności zaobserwowano w większości powiatów, z wyjątkiem powiatu lubelskiego, gdzie odnotowano nieznaczny wzrost.

³⁹ 1.2. Dane epidemiologiczne i statystyczne, 1.2.1. Główne dane statystyczne województwa lubelskiego w ujęciu społeczno-gospodarczym na tle Polski, s. (wstawić numer strony)

⁴⁰ Urząd Statystyczny w Lublinie. Stan i ruch naturalny ludności w województwie lubelskim w 2024 r. Informacje sygnałowe 29.05.2025 r.

WYSZCZEGÓLNIENIE	2024	W ODNIESIENIU DO 2023 R.
MĘŻCZYŹNI	966 128 (48,39%)	-7 283
KOBIETY	1 030 312 (51,61%)	-7 324
ŁUDNOŚĆ OGÓŁEM	1 996 440	-14 607

Wskaźniki demograficzne potwierdzają proces starzenia się populacji zarówno na poziomie ogólnokrajowym, jak i w województwie lubelskim. Obserwuje się znaczący wzrost mediany wieku, który w przypadku kobiet zwiększył się z 44 do 46 lat, przy jednoczesnym wydłużeniu przeciętnej długości życia z 80 do 83 lat. Wśród mężczyzn mediana wieku wzrosła z 40 do 41 lat, a ich przeciętna długość życia wydłużyła się z 71 do 74 lat.

Równocześnie odnotowuje się spadek liczby osób w wieku przedprodukcyjnym i produkcyjnym. Tendencji tej towarzyszy systematyczne zwiększanie się udziału osób w wieku poprodukcyjnym w ogólnej strukturze populacji. Dane statystyczne wskazują, iż odsetek dzieci i młodzieży (poniżej 20 lat) zmalał o 1,9%, a odsetek osób w wieku 65 lat i więcej wzrósł o 2,2%. Konsekwencją tych zmian jest wzrost wskaźnika obciążenia demograficznego i społecznego, co oznacza, że relatywnie mniejsza grupa osób aktywnych zawodowo musi wspierać rosnącą liczbę osób nieaktywnych zawodowo, głównie seniorów.

BIOLOGICZNE GRUPY WIEKU	2024	W ODNIESIENIU DO 2023 R.
0-14	281 735 (14,11%)	-10 637
15-64	1 282 759 (64,25%)	-13 340
65+	431 964 (21,64%)	+9 370
OGÓŁEM	1 996 440	-14 607

W kontekście populacji w wieku produkcyjnym (15-64 lata), która stanowiła 64,25% ogółu ludności województwa, odnotowano spadek o 0,2 punktu procentowego w porównaniu do 2023 roku. Oznacza to zmniejszanie się relatywnego udziału osób w wieku produkcyjnym w ogólnej populacji. Współczynnik obciążenia demograficznego wyniósł 56, co wskazuje, że na 100 osób w wieku produkcyjnym przypada 56 osób w wieku nieprodukcyjnym. Dodatkowo, indeks starości na poziomie 153 jasno wskazuje, że liczba osób starszych (65+) znacząco przewyższa liczbę dzieci (poniżej 15 lat), co ma bezpośrednie konsekwencje dla systemów wsparcia społecznego i zasobów ludzkich.

Zgodnie z Wytocznymi dotyczącymi realizacji projektów z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w regionalnych programach na lata 2021–2027, Regionalne Programy Zdrowotne (RPZ), ukierunkowane na rehabilitację leczniczą mającej na celu

ułatwienie powrotu do aktywności zawodowej lub utrzymanie zatrudnienia mają być adresowane do osób pracujących lub zarejestrowanych jako bezrobotne w powiatowych urzędach pracy, potrzebujących świadczeń rehabilitacyjnych w celu podjęcia lub powrotu do zatrudnienia.

W związku z tym, populacja kwalifikująca się do udziału w programie zostanie wyłoniona spośród mieszkańców województwa lubelskiego, w wieku powyżej 18 lat. Ich liczba w 2023 r. wynosiła **1 653 509 osób**⁴¹. Ponieważ program jest skierowany do osób aktywnych zawodowo⁴², do liczby tej zostanie zastosowany współczynnik aktywności zawodowej, którego poziom dla mieszkańców województwa lubelskiego w IV kwartale 2023 r. wyniósł **56,5%**⁴³. W rezultacie, szacowana populacja mieszkańców województwa lubelskiego, aktywnych zawodowo i kwalifikujących się do udziału w programie, wynosi **934 233 osoby**.

Choroby układu krążenia (ChUK) stanowią narastający problem zdrowotny na świecie, z globalnym wskaźnikiem rozpowszechnienia rosnącym z 0,061% w 2010 roku do 0,070% w 2019 roku⁴⁴.

Na podstawie dostępnych danych można stwierdzić, iż choroby układu krążenia stanowią dominującą przyczyną zgonów w Polsce – w latach 2021-2023 r. stanowiły średnio 36% wszystkich zgonów⁴⁵.

Mimo, że standaryzowany współczynnik zgonów z powodu ChUK na 100 tys. ludności jest średnio o niemal o połowę niższy niż w 2000 r., intensywność zgonów w wyniku tych chorób nadal jest bardzo wysoka⁴⁶. Choroby układu krążenia są, obok nowotworów, najczęstszą przyczyną zgonów osób powyżej 45 lat, w szczególności są wyraźnie dominującą przyczyną wśród kobiet powyżej 60 lat.

⁴¹ Na podstawie GUS. Bank danych lokalnych [online]. Stan ludności. Ludność wg pojedynczych roczników wieku i pćci (dane półroczne).Aktualizacja: 15.05.2025 r.; <https://bdl.stat.gov.pl/>; [dostęp: 09.07.2025 r.].

⁴² Główny Urząd Statystyczny (GUS), w ramach Badania Aktywności Ekonomicznej Ludności (BAEL), definiuje ludność aktywną zawodowo jako osoby w wieku 15-89 lat, które są uznawane za: pracujące (wykonujące jakąkolwiek pracę przynoszącą dochód, w tym pracujący na własny rachunek, zatrudnieni itp.) lub bezrobotne (aktywne poszukujące pracy i gotowe ją podjąć). Definicja ta jest zgodna z zaleceniami Międzynarodowej Organizacji Pracy (MOP/ILO) i 19. Międzynarodowej Konferencji Statystyków Pracy (ICLS). Jest to szerokie ujęcie, które pozwala na porównywalność danych na poziomie międzynarodowym. Odrębnie od definicji BAEL, w Polsce tradycyjnie wyróżnia się pojęcie wieku produkcyjnego, które jest związane z określeniem wieku emerytalnego i określa grupę, która ma tworzyć główną siłę roboczą. Dla kobiet jest to przedział: 18-59 lat, natomiast dla mężczyzn: 18-64 lata. Ten podział opiera się na prawnie określonym wieku emerytalnym w Polsce. Uzupełnieniem wieku produkcyjnego są: wiek przedprodukcyjny: osoby do 17. roku życia włącznie oraz wiek poprodukcyjny: osoby po osiągnięciu wieku emerytalnego (60 lat dla kobiet, 65 lat dla mężczyzn). Na potrzeby niniejszego opracowania, jako osoby aktywne zawodowo określono osoby w wieku powyżej 18 r. ż.

⁴³ Urząd Statystyczny w Lublinie. Aktywność ekonomiczna ludności w województwie lubelskim Wstępne wyniki Badania Aktywności Ekonomicznej Ludności w 4 kwartale 2023 r.

⁴⁴ Na podstawie danych z badania Global Burden of Disease Study 2019, za: Papanikolaou, G., Tsakanikas, C., Lidoriki, M., et al. (2024). Global prevalence of cardiovascular diseases by gender and age during 2010–2019. *Archives of Medical Science - Atherosclerotic Diseases*, 9(1).
<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10811545/> [dostęp: 03.07.2025 r.]

⁴⁵ Por. Rozdział I, 1.2. Dane epidemiologiczne i statystyczne, 1.2.2. Epidemiologia i trendy województwa lubelskiego na tle Polski w aspekcie ChUK.

⁴⁶ GUS. Analizy statystyczne. Trwanie życia w 2023 r. Warszawa 2024.

Europejskie Towarzystwo Kardiologiczne (ESC) uznaje Polskę za kraj o wysokim ryzyku sercowo-naczyniowym. Przyczyniają się do tego statystyki – z powodu chorób sercowo-naczyniowych umiera prawie dwukrotnie więcej ludzi niż w pozostałych krajach Unii Europejskiej. Każdego roku niemal 75 tys. osób w Polsce doświadcza udaru mózgu, a 80 tys. zawału serca. Wśród chorób układu krążenia najczęstszymi przyczynami zgonów są choroba niedokrwienna serca, zawał serca oraz niewydolność serca⁴⁷.

Choroby sercowo-naczyniowe tradycyjnie kojarzone są ze średnim i starszym wiekiem dorosłym. Jednak w ostatnich latach obserwuje się niepokojącą tendencję do występowania niektórych ChUK w młodszych grupach wiekowych.

Badania, takie jak International Childhood Cardiovascular Cohort (i3C), podkreślają, że metaboliczne czynniki ryzyka (np. wysoki BMI, wysokie ciśnienie krwi, wysoki cholesterol) oraz ich zmiany od dzieciństwa do dorosłości, mogą podwyższać ryzyko ChUK. To z kolei wskazuje na krytyczne znaczenie pierwotnej profilaktyki już od najmłodszych lat, szczególnie w okresie dojrzewania, który często jest pomijany w powszechnej opiece zdrowotnej. Młodzi ludzie z ChUK znacząco przyczyniają się do globalnego obciążenia śmiertelnością.

Należy nadmienić, że współczynnik zgonów z powodu chorób układu krążenia wśród mężczyzn w wieku poniżej 45 lat jest blisko trzy razy wyższy niż wśród kobiet w tym samym wieku. Podobnie ta relacja kształtowała się w grupie osób w wieku 45-59 lat (proporcja ta wyniosła 3,9), przy czym wartość tego współczynnika była kilkanaście razy wyższa niż wśród osób młodszych⁴⁸.

Choroby układu krążenia obejmują szeroką grupę jednostek chorobowych występujących w obrębie serca i naczyń krwionośnych. Są to: nadciśnienie tętnicze, dyslipidemie, miażdżyca, choroba niedokrwienna serca (choroba wieńcowa), udar mózgu, przewlekła niewydolność serca, zaburzenia rytmu serca, zaburzenia przewodzenia, choroby zakrzepowo-zatorowe oraz zapalenia w obrębie serca (wsierdzia, osierdzia i mięśnia sercowego), kardiomiopatie i inne.

Są one złożonym problemem, często wynikającym z kombinacji różnych czynników ryzyka, które zwiększają prawdopodobieństwo ich wystąpienia, takich jak: nadciśnienie tętnicze, dyslipidemia, cukrzyca typu 2 lub stan przedcukrzycowy, nadwaga i otyłość, siedzący tryb życia i niska aktywność fizyczna, przewlekły stres, nieodpowiednie nawyki żywieniowe, palenie tytoniu, obciążenia rodzinne.

Poza aspektem rehabilitacyjnym interwencje zostaną ukierunkowane na edukację i wsparcie w zakresie takich aspektów jak: zmiana nawyków żywieniowych, zwiększenie aktywności fizycznej, zaprzestanie palenia tytoniu, redukcja stresu, właściwe zarządzanie chorobami współistniejącymi, takimi jak nadciśnienie tętnicze, cukrzyca czy dyslipidemia.

Interwencja w tej grupie pacjentów może przynieść ogromne korzyści, takie jak:

- zmniejszenie ryzyka powtórnego wystąpienia ostrego incydentu wieńcowego: aktywna rehabilitacja, edukacja i modyfikacja stylu życia mogą zapobiec progresji choroby i wystąpieniu zawału czy udaru;
- poprawa jakości życia: pacjenci będą mogli lepiej radzić sobie z objawami, zwiększać swoją tolerancję wysiłkową i ogólną sprawność;

⁴⁷ GUS. Sytuacja demograficzna Polski do 2023 r.

⁴⁸ Analizy statystyczne GUS. Trwanie życia w 2023 r. Główny Urząd Statystyczny Statistics Poland Warszawa 2024.

- zmniejszenie obciążenia systemu opieki zdrowotnej: zapobieganie ostrym incydentom przekłada się na mniejszą liczbę hospitalizacji, mniej inwazyjnych procedur i niższe koszty leczenia w dłuższej perspektywie;
- wzrost świadomości zdrowotnej: pacjenci będą edukowani w zakresie zarządzania chorobą, co przełoży się na lepsze przestrzeganie zaleceń i zdrowsze nawyki.

Skierowanie programu do tej właśnie grupy osób pozwala na maksymalizację efektów profilaktyki i poprawę rokowań pacjentów, co jest zgodne z wytycznymi Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego (PTK 2021).

Udzielanie świadczeń w ramach niniejszego programu będzie odbywać się zgodnie z zasadami horyzontalnymi. Obejmują one w szczególności zasadę równości kobiet i mężczyzn oraz zasadę równości szans i niedyskryminacji, w tym zapewnienie dostępności dla osób z niepełnosprawnościami. Przy czym, posiadanie orzeczenia o niepełnosprawności nie stanowi warunku koniecznego do uczestnictwa w programie. Kluczowym kryterium kwalifikacji jest natomiast stwierdzenie schorzeń kwalifikujących do rehabilitacji kardiologicznej zgodnie z wytycznymi PTK 2021.

Po uwzględnieniu danych dotyczących zachorowalności w zakresie ostrych incydentów wieńcowych zgodnie z wytycznymi Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego (PTK 2021) u pacjentów w wieku powyżej 18 roku życia w 2023 roku populacja docelowa została oszacowana na **31 083 osoby**⁴⁹.

Choroby układu krążenia - przebieg ostry	LICZBA OSÓB 2023		
	DO 18 R. Ż	POWYŻEJ 18 R. Ż	OGÓŁEM
CHOROBA NIEDOKRWIENNA SERCA (OZW, w tym zawały serca)	-	6 737,00	6 737,00
MIGOTANIE I TRZEPOTANIE PRZEDSIONKÓW	4,00	19 171,00	19 175,00
ZATOR PŁUCNY	5,00	2 376,00	2 381,00
ZAPALENIE OSIERDZIA	24,00	249,00	273,00
ZAPALENIE WSIERDZIA	4,00	115,00	119,00
ZAPALENIE MIĘŚNIA SERCOWEGO	33,00	154,00	187,00
TĘTNIAK AORTY	2,00	2 281,00	2 283,00
OGÓŁEM	72,00	31 083,00	31 155,00

Ze względu na ograniczone możliwości finansowe, program przewiduje objęcie wsparciem **3 850 uczestników**, co stanowi 12,39% populacji docelowej.

⁴⁹ Analizę oparto na danych demograficznych dotyczących populacji województwa lubelskiego oraz statystykach zachorowalności na chorobę układu krążenia z roku 2023. Analiza na podstawie: Bazy Analiz Systemowych i Wdrożeniowych (BASiW) [dostęp online w dniu 10.07.2025 r.]: <https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/epidemiologia/epidemiologia-wersja-polska-gus-i-nfz/>

W ramach realizacji Regionalnego Programu Zdrowotnego (RPZ), przewidziano kompleksowe przeszkolenie personelu zaangażowanego w świadczenie usług. Szkolenia obejmą następujące grupy zawodowe, zaangażowane w realizację programu: pielęgniarki, lekarzy, psychologów, dietetyków, fizjoterapeutów, doradców zawodowych – jak również opiekuna pacjenta w programie. Zakładając, że jedną edycję programu realizować będzie średnio 12-15 osób, założono, że przeszkolenia będzie wymagało 250 osób personelu realizującego program.

Celem tych działań jest zapewnienie spójnych standardów opieki oraz podniesienie kwalifikacji specjalistycznych niezbędnych do efektywnej realizacji założeń programowych.

3.2. Kryteria kwalifikacji do udziału w regionalnym programie zdrowotnym oraz kryteria wyłączenia z regionalnego programu zdrowotnego

Włączenie do Programu będzie następowało w ośrodku realizującym i będzie przebiegało dwuetapowo:

1. etap formalny: spełnienie kryteriów włączenia opisanych w pkt 3.2.1 wypełnienie dokumentacji projektowej, udzielenie niezbędnych zgód tj. RODO, zgoda na udział w Programie, akceptacja regulaminu rekrutacji i udziału w Programie.
2. etap medyczny: ostateczna włączenie na podstawie decyzji lekarza badającego do Programu tj. następujących specjalizacji: kardiologii lub rehabilitacji medycznej, w oparciu o zaświadczenie od lekarza leczącego lub kartę informacyjną leczenia szpitalnego, wywiad z pacjentem, aktualną dokumentację medyczną oraz wyniki zleconych do wykonania badań (w przypadku nieposiadania przez pacjenta wyników badań z ostatnich 3 miesięcy)*.

* jako element zapobiegający mechanizmowi podwójnego finansowania ze środków publicznych (jeżeli badania były wykonane w ramach POZ lub AOS, to nie jest zasadne powtarzanie diagnostyki).

3.2.1. Kryteria włączenia:

3.2.1.1. Kryteria włączenia dla uczestników programu

- pozostawanie osobą aktywną zawodowo (pracującą lub zarejestrowaną jako osoba bezrobotna) – na podstawie zaświadczenia od pracodawcy, wydruku z CEIDG, zaświadczenia z urzędu pracy o statusie osoby bezrobotnej,
- zamieszkiwanie na terenie województwa lubelskiego – na podstawie deklaracji pacjenta,
- z rozpoznaniem w wywiadzie ostrego incydentu wieńcowego (zgodnie z wytycznymi Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego PTK 2021, tj.: stan po ostrych zespołach wieńcowych, stan po rewaskularyzacji mięśnia sercowego, przewlekły zespół wieńcowy, niewydolność serca, stan po implantacji elektronicznych wszczepialnych urządzeń terapeutycznych, stan po naprawie/wymianie zastawek serca, stan po przeszczepieniu serca, stan po implantacji urządzeń do wspomagania pracy komór serca, obecność wady wrodzonej serca, choroby tętnic obwodowych, stan po incydentach w zakresie naczyń mózgowych.) – na podstawie zaświadczenia od lekarza leczącego,
- badanie do udziału w Programie przez lekarza następujących specjalizacji kardiologii lub rehabilitacji medycznej,

- wskazania zdrowotne do skorzystania ze świadczeń rehabilitacji leczniczej, stwierdzone podczas wizyty lekarskiej – na podstawie decyzji lekarza badającego do Programu;
- stabilny stan zdrowia umożliwiający podjęcie rehabilitacji w trybie ambulatoryjnym – na podstawie decyzji lekarza badającego do Programu;
- świadoma zgoda na udział w Programie – na podstawie oświadczenia pacjenta

3.2.1.2. Kryteria włączenia dla kadry realizującej Program

Program w części szkoleniowej będzie adresowany do osób spełniających następujące kryteria:

- osoba wyznaczona przez Realizatora do realizacji Programu, która będzie miała kontakt ze świadczeniobiorcami: lekarz specjalista w dziedzinie kardiologii lub rehabilitacji medycznej, pielęgniarka, fizjoterapeuta; koordynator programu, psycholog, dietetyk, doradca zawodowy, opiekun pacjenta.

3.2.2. Kryteria wyłączenia:

3.2.2.1. Kryteria wyłączenia dla uczestników programu

- niezamieszkanie w województwie lubelskim,
- brak statusu osoby pracującej lub zarejestrowanej w PUP,
- brak rozpoznania choroby układu krążenia,
- przeciwwskazania zdrowotne do skorzystania ze świadczeń rehabilitacji leczniczej (stwierdzone podczas badania lekarskiego), w tym:
 - źle kontrolowane nadciśnienie tętnicze,
 - ortostatyczny spadek ciśnienia tętniczego >20 mmHg z objawami klinicznymi,
 - nie poddająca się leczeniu zatokowa tachykardia $>100/\text{min}$,
 - złośliwe komorowe zaburzenia rytmu serca,
 - wyzwalane wysiłkiem zaburzenia rytmu nadkomorowe i komorowe,
 - obecność bloku przedsionkowo-komorowego zaawansowanego,
 - wyzwalane wysiłkiem zaburzenia przewodzenia przedsionkowo-komorowego i śródkomorowego,
 - wyzwalana wysiłkiem bradykardia,
 - znaczny stopień zwężenia zastawek,
 - kardiomiopatia ze zwężeniem drogi odpływu,
 - niedokrwienne obniżenie odcinka ST $\geq 2\text{mm}$ w EKG spoczynkowym,
 - niewyrównana niewydolność serca NYHA III-IV,
 - ostre stany zapalne,
 - pojawienie się objawów niewydolności oddechowej
 - niewyrównane choroby współistniejące,

- istotne klinicznie powikłania pooperacyjne^{50, 51}
- korzystanie w chwili przystąpienia do programu lub w ciągu 4 miesięcy przed zgłoszeniem się do Programu ze świadczeń rehabilitacji leczniczej w zakresie kardiologii finansowanych ze środków publicznych (przez Urząd Marszałkowski, NFZ, ZUS, KRUS lub PFRON i innych) z powodu jednostek chorobowych wg ICD-10 I00-I99* – na podstawie deklaracji/oświadczenia pacjenta
- uprzedni udział w Programie pn. Zdrowe serce Lubelszczyzny – program kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej realizowanego przez innego beneficjenta.

* Mechanizm zapobiegający podwójnemu finansowaniu świadczeń u danego uczestnika Programu.

3.2.2.2. Kryteria wyłączenia dla kadry realizującej Program

Kryteria wyłączenia ze szkoleń dla kadry realizującej Program:

- uczestnictwo w działaniach edukacyjnych obejmujących tę samą tematykę w ciągu poprzednich 2 lat,
- wiedza i doświadczenie w zakresie chorób układu krążenia na poziomie eksperckim; wiedzę na poziomie eksperckim posiada: lekarz specjalista w dziedzinie kardiologii z udokumentowanym 2-letnim doświadczeniem w rehabilitacji kardiologicznej w ramach oddziału rehabilitacji kardiologicznej lub ośrodka dziennego rehabilitacji kardiologicznej, lub lekarz specjalista w dziedzinie rehabilitacji w chorobach narządu ruchu lub rehabilitacji ogólnej, lub rehabilitacji, lub rehabilitacji medycznej, lub medycyny fizykalnej i balneoklimatologii, lub fizjoterapii i balneoklimatologii, lub balneoklimatologii i medycyny fizykalnej, lub balneologii, lub balneologii i medycyny fizykalnej z udokumentowanym 2-letnim doświadczeniem w rehabilitacji kardiologicznej w ramach oddziału rehabilitacji kardiologicznej lub ośrodka dziennego rehabilitacji kardiologicznej.

3.2.3. Sposób informowania o regionalnym programie zdrowotnym

Działania informacyjno-promocyjne w ramach programu będą realizowane przez Realizatora we współpracy z placówkami podstawowej opieki zdrowotnej, poradniami specjalistycznymi (w szczególności kardiologicznymi), innymi podmiotami systemu ochrony zdrowia oraz organizacjami pozarządowymi i innymi organizacjami zrzeszających pracodawców. Przewidziane jest również zaangażowanie lokalnych mediów, takich jak prasa, radio oraz platformy społecznościowe.

Materiały informacyjne o programie będą udostępniane w siedzibie Realizatora, a także w przestrzeniach publicznych, m.in. na terenie Urzędów, Szpitali, POZ, AOS itp. jednostek terenu województwa lubelskiego – w formie ogłoszeń internetowych oraz plakatów na tablicach informacyjnych. Kampania promocyjna będzie również obejmować dystrybucję drukowanych materiałów, takich jak ulotki i plakaty. Szczegółowy dobór kanałów komunikacji

⁵⁰ Rekomendacje w zakresie realizacji kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej. Stanowisko Ekspertów Sekcji Rehabilitacji Kardiologicznej i Fizjologii Wysiłku Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego. AsteriaMed, Gdańsk 2017

⁵¹ Jegier A, Szalewska D, Mawlichanów A, et al. Comprehensive cardiac rehabilitation as the keystone in the secondary prevention of cardiovascular disease. Kardiologia Polska 2021; 79(7-8): 901-916,

zostanie przedstawiony przez Realizatora na etapie składania wniosku o dofinansowanie projektu, z uwzględnieniem jego specyfiki oraz lokalnych uwarunkowań.

3.3. Planowane interwencje

Zakres działań został opracowany w sposób zapewniający realizację celów programu. Zaprojektowane interwencje odpowiadają specyfice i potrzebom grupy docelowej, a ich struktura oparta jest na wytycznych Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego oraz Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. Poszczególne elementy programu są ze sobą spójne, wzajemnie się uzupełniają, tworząc całościowy, efektywny model kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej.

Program to kompleksowy regionalny program zdrowotny stanowiący wartość dodaną do funkcjonującego systemu opieki zdrowotnej. Jest ukierunkowany na konkretną, jasno określoną populację docelową, a jego struktura została opracowana w sposób logiczny i celowy. W ramach programu realizowane będą świadczenia objęte katalogiem świadczeń gwarantowanych, niezbędne do osiągnięcia zakładanych rezultatów, wzbogacone o nowe rozwiązania organizacyjne służące zwiększeniu skuteczności interwencji. Kluczowym elementem jest integracja działań rehabilitacyjnych oraz wypracowanie na poziomie regionalnym jednolitych standardów organizacji i prowadzenia rehabilitacji kardiologicznej, jak również całościowej opieki nad osobami z chorobami układu krążenia, zapobiegnięciu występowania powikłań i dalszemu rozwojowi choroby. Dodatkowym aspektem realizowanego programu będzie edukacja pacjentów oraz spotkania z psychologiem i doradcą zawodowym, co wpłynie pozytywnie na powrót pacjenta do zatrudnienia.

Na podstawie składanych przez pacjentów oświadczeń będzie następować weryfikacja, czy dany pacjent w chwili przystąpienia do programu oraz do 4 miesięcy wstecz nie korzystał ze świadczeń rehabilitacji leczniczej w zakresie kardiologii finansowanych ze środków publicznych (przez Urząd Marszałkowski, NFZ, ZUS, KRUS lub PFRON i innych) oraz czy pacjent nie posiada aktualnych wyników badań (nie starszych niż 3 miesięczne).

Planowane interwencje w programie realizowane są w etapach I – VII

3.3.1. Etap I. Etap przygotowania organizacyjnego programu

- tylko w części dotyczącej szkolenia zespołu realizującego program.

W celu zapewnienia odpowiedniego przygotowania zespołów realizujących, na tym etapie odbędą się szkolenia dla osób realizujących program, uwzględniające organizację Programu oraz zagadnienia z zakresu kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej tj.

- grupa docelowa i zasady naboru,
- organizacja programu w jednostce,
- istota i epidemiologia ChUK,
- założenia i cele kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej,
- czynniki ryzyka ChUK, w tym czynniki zawodowe,
- powikłania ChUK,
- zasady obniżania ryzyka chorób sercowo-naczyniowych poprzez zmianę nawyków zdrowotnych w obszarze odżywiania, stosowania używek, w tym w szczególności używania produktów zawierających nikotynę oraz spożywania alkoholu, aktywności fizycznej dostosowanej do indywidualnych możliwości pacjenta oraz redukcji stresu.

Szkolenia będą odbywały się w grupach i będą prowadzone przez koordynatora – w zakresie organizacji Programu, specjalistę kardiologa – w zakresie chorób układu krążenia, psychologa – w zakresie umiejętności motywowania uczestników Programu do zmian.

3.3.2. Etap II. Etap akcji promocyjno-edukacyjnej programu

Etap prowadzenia akcji promocyjno-edukacyjnej ma na celu rozpowszechnienie informacji o Programie na terenie województwa lubelskiego, co w konsekwencji ma prowadzić do wysokiej zgłaszalności do programu. Za przeprowadzenie i koordynację akcji będzie odpowiadał Realizator.

Promocja programu rozpocznie się od etapu zawiadamiania o realizacji wraz z popularyzacją wiedzy na temat istoty, czynników ryzyka oraz profilaktyki chorób układu krążenia i będzie prowadzona w następujący sposób:

- emisja ogłoszeń i materiałów edukacyjnych w lokalnych mediach,
- kampania informacyjna w mediach społecznościowych i na stronie internetowej Programu,
- dystrybucja materiałów promocyjnych: ulotki, plakaty w przychodniach, szpitalach, aptekach i instytucjach publicznych oraz materiałów promocyjno-edukacyjnych w formie elektronicznej na wybranych stronach internetowych oraz portalach społecznościowych, a także dotarcie do organizacji zrzeszających pracodawców
- organizacja spotkań informacyjno-edukacyjnych w gminach i powiatach objętych programem,
- współpraca z lekarzami POZ, AOS, medycyny pracy oraz personelem medycznym w zakresie kierowania pacjentów do Programu,
- udział w lokalnych wydarzeniach zdrowotnych jako forma bezpośredniej promocji.

Działania te będą miały charakter ciągły, z nasileniem w początkowej fazie realizacji Programu oraz w okresach naboru nowych uczestników.

3.3.3. Etap III. Badanie pacjentów do programu

Celem tego etapu jest kompleksowa ocena stanu zdrowia pacjenta, obejmująca zarówno chorobę układu krążenia, jak i schorzenia współistniejące. Proces oceny pozwala zbadać stabilność kliniczną pacjenta, zbadać tolerancję wysiłku fizycznego także określić wpływ wykonywanej pracy i czynników ze środowiska pracy na zdrowie uczestnika Programu. Na tej podstawie dobierane są odpowiednie formy rehabilitacji, jej intensywność oraz środki bezpieczeństwa niezbędne do zapewnienia właściwego nadzoru medycznego podczas całego procesu rehabilitacji kardiologicznej.

Do programu będą zapraszane osoby z grupy docelowej z zaświadczeniem od lekarzy leczących lub kartę informacyjną leczenia szpitalnego potwierdzającym rozpoznanie jednostki chorobowej kwalifikującej do programu. Warunkiem udziału w programie jest podpisanie przez uczestnika świadomej zgody na udział w Programie oraz pozostałych zgód m.in. RODO, Regulamin rekrutacji i udziału w Programie.

O włączeniu do programu będzie decydowała kolejność zgłoszeń, a rekrutacja będzie prowadzona do wyczerpania środków finansowych przeznaczonych na realizację zaplanowanych interwencji.

Wśród zrekrutowanych i zakwalifikowanych pacjentów do programu będą tworzone ok. 10 osobowe grupy. Część świadczeń będzie realizowana dla grup, a część indywidualnie (szczegółowy opis znajduje się w poszczególnych etapach Programu).

Po zgłoszeniu się do Programu pacjent pod nadzorem opiekuna pacjenta wypełni dokumenty projektowe tj. deklarację uczestnictwa wraz z załącznikami niezbędnymi do realizacji projektu: formularz rekrutacji, regulamin rekrutacji i udziału w projekcie wraz z oświadczeniem uczestnika o akceptacji warunków regulaminu, klauzulę informacyjną RODO, oraz otrzyma formularze do wypełnienia: zaświadczenie o zatrudnieniu i zaświadczenie do wypełnienia przez lekarza leczącego potwierdzające chorobę układu krążenia z katalogu chorób kwalifikujących do Programu. Dodatkowo osoby zarejestrowane w PUP potwierdzą swój status osoby bezrobotnej przedkładając dokument z urzędu pracy. Opiekun pacjenta ustali termin wizyty u pielęgniarki oraz lekarza badającego do programu.

3.3.3.1. Wstępne badanie do Programu dokonywane przez pielęgniarkę

Podczas wstępnego badania pielęgniarka:

- zbierze dane osobowe pacjenta oraz przeprowadzi wywiad zdrowotny, dotyczący stylu życia, czynników zawodowych,
- przeprowadzi pomiary antropometryczne: masy ciała i wzrostu, obwodu talii i bioder oraz obliczy wskaźnik BMI oraz WHR,
- dokona pomiaru ciśnienia tętniczego krwi oraz tętna,
- dokona oceny ryzyka sercowo-naczyniowego za pomocą arkusza SCORE,
- przeprowadzi test wiedzy na temat chorób układu krążenia (pre-test),
- wyda skierowanie na badania laboratoryjne krwi: morfologia krwi, lipidogram (cholesterol całkowity, LDL, HDL, TG)*, stężenie glukozy oraz kwasu moczowego – w przypadku, gdy pacjent będzie posiadał wyniki tych badań nie starsze niż sprzed 3 miesięcy, kopie tych wyników dołączy do dokumentacji programowej, a skierowanie nie będzie wydawane,
- wyda skierowanie na EKG i ECHO serca*

* jako element zapobiegający mechanizmowi podwójnego finansowania ze środków publicznych (jeżeli badania były wykonane w ramach POZ lub AOS, to nie jest zasadne powtarzanie diagnostyki).

Po wykonaniu badań laboratoryjnych EKG oraz ECHO serca opiekun pacjenta umówi go na badanie do lekarza.

3.3.3.2. Badanie do Programu dokonywane przez lekarza

Badanie do Programu dokona lekarz następujących specjalizacji: kardiologii lub rehabilitacji medycznej. Podczas badania lekarz:

- przeprowadzi badanie przedmiotowe i podmiotowe pacjenta,
- dokona oceny stanu klinicznego pacjenta,
- zbierze wywiad w zakresie ChUK oraz chorób towarzyszących,
- dokona interpretacji wyników badań laboratoryjnych oraz EKG i ECHO serca
- orzeknie o przeciwskazaniach lub ich braku do udziału w Programie.

Wywiad, badanie, wyniki pomiarów i badań pielęgniarka i lekarz udokumentują w Karcie badania – dokumencie wspólnym dla lekarza i pielęgniarki, dokumentującym badania wstępne i końcowe uczestnika Programu.

Po badaniu pacjenta do Programu opiekun pacjenta umówi i przekaże pacjentowi terminy kolejnych wizyty oraz spotkań w ramach realizacji wszystkich interwencji przewidzianych w Programie.

Osoby wykluczone z udziału w programie będą ujęte w dokumentacji niezbędnej do prowadzenia procesu monitorowania Programu.

Efektem końcowym procedury włączającej do programu będzie stwierdzenie braku przeciwwskazań do udziału w programie oraz uzyskanie od pacjenta niezbędnych oświadczeń oraz zgody na udział w programie.

3.3.4. Etap IV: Moduł rehabilitacyjny

Moduł rehabilitacji ruchowej stanowi kluczowy element programu, ukierunkowany na poprawę wydolności fizycznej uczestników, zwiększenie ich sprawności funkcjonalnej oraz wspomaganie powrotu do aktywności codziennej i zawodowej. Zajęcia prowadzone będą przez wykwalifikowanego fizjoterapeutę i obejmą zarówno elementy diagnostyczne, jak i treningowe. Program będzie dostosowany do możliwości zdrowotnych i kondycyjnych uczestników, a jego celem będzie:

- poprawa wydolności układu krążeniowo-oddechowego,
- poprawa wydolności fizycznej,
- poprawa funkcji narządu ruchu,
- poprawa sprawności psychofizycznej,
- poprawa funkcji śródbłonna,
- zahamowanie rozwoju, a nawet regresji miażdżycy i jej klinicznych konsekwencji,
- zwiększenie siły mięśniowej i elastyczności,
- budowanie nawyku regularnej aktywności fizycznej
- mobilizacja pacjenta do leczenia,
- poprawa koordynacji ruchowej i równowagi.

Moduł rehabilitacyjny będzie składał się z sześciotygodniowych zajęć grupowych (2 x w tygodniu po 60 min., przez 6 tygodni) oraz dwóch indywidualnych spotkań z fizjoterapeutą: pierwsze przed rozpoczęciem treningu grupowego i drugie po jego zakończeniu.

3.3.4.1. Wizyta diagnostyczna u fizjoterapeuty

Na początku modułu każdy uczestnik odbędzie indywidualne spotkanie z fizjoterapeutą, podczas którego przeprowadzona zostanie wstępna diagnoza stanu funkcjonalnego oraz wydolności fizycznej. W ramach tej wizyty zostaną wykonane:

- ocena funkcjonalna (testy ogólnej sprawności dobrane indywidualnie do możliwości pacjenta wg ICF),
- indywidualny plan usprawniania,
- 6-minutowy test marszowy (6MWT) – oceniający wydolność krążeniowo-oddechową i tolerancję wysiłku,
- kwestionariusz EQ-5D-5L – służący ocenie jakości życia związanej ze zdrowiem,

- kwestionariusz IPAQ – badający poziom aktywności fizycznej w codziennym życiu.
- określenie celów terapii (krótkoterminowych oraz długoterminowych)

Wyniki uzyskane na tym etapie stanowią punkt wyjścia do opracowania indywidualnie dostosowanego programu aktywności oraz podstawę do późniejszej oceny efektów interwencji.

3.3.4.2. Zajęcia grupowe (treningowe)

Po wizycie diagnostycznej uczestnicy wezmą udział w cyklu dwunastu sesji treningowych (2 razy w tygodniu przez 6 tygodni). Każde zajęcia będą trwały maksymalnie 60 minut⁵², będą obejmować co najmniej 3 procedury (dziennie) i będą prowadzone w formie grupowej – grupy ok. 10 osobowe. Każdy z uczestników powinien odbyć minimum 10 sesji w Programie.

Program treningowy będzie dostosowany do możliwości zdrowotnych i kondycyjnych uczestników. W ramach treningu będą wykonywane ćwiczenia z grupy ćwiczeń ogólnousprawniających, aerobowych, z oporem, oddechowe. Zajęcia będą obejmowały takie procedury, jak np.: trening interwałowy na bieżni lub cyklometrze rowerowym, trening marszowy z przyborami np. kije do Nordic Walking, ćwiczenia czynne z oporem (zapobiegające zanikom mięśniowym), czynne ćwiczenia oddechowe, indywidualna praca z pacjentem, ćwiczenia wspomagane, ćwiczenia izometryczne, przeprowadzane zgodnie z indywidualnym planem terapeutycznym. Każda sesja aktywności fizycznej będzie trwać nie dłużej niż pozwala na to stan kliniczny pacjenta i będzie przeprowadzona zgodnie z obowiązującymi standardami⁵³. Sesje aktywności fizycznej odbywać się będą w Sali kinezyterapii/sali gimnastycznej pod okiem fizjoterapeuty. Ćwiczenia aktywności fizycznej będą urozmaicone, uwzględniając różne ich rodzaje i formy. Zastosowanie różnych metod treningowych wpływa na zmianę postrzegania atrakcyjności wysiłku fizycznego przez pacjenta, umożliwiając mu wybór najbardziej akceptowalnej dla niego formy, a tym samym zwiększając szansę na kontynuowanie treningu po zakończeniu udziału w Programie.

Zajęcia będą realizowane w bezpiecznych warunkach, z odpowiednim monitorowaniem parametrów wysiłkowych uczestników, zgodnie z wytycznymi rehabilitacji kardiologicznej.

3.3.4.3. Wizyta podsumowująca u fizjoterapeuty

Po zakończeniu cyklu treningowego każdy uczestnik odbędzie końcowe spotkanie indywidualne z fizjoterapeutą, podczas którego zostaną ponownie przeprowadzone:

- ocena funkcjonalna,
- 6-minutowy test marszowy
- Kwestionariusz EQ-5D-5L
- Kwestionariusz IPAQ
- omówienie efektów terapeutycznych

⁵² Jegier A, Szalewska D, Mawlichanów A, et al. Comprehensive cardiac rehabilitation as the keystone in the secondary prevention of cardio-vascular disease. *Kardiologia Polska* 2021; 79(7–8): 901–916.

⁵³ Zgodnie z zaleceniami Sekcji rehabilitacji i Fizjologii Wysiłku PTK

Porównanie wyników z obu spotkań pozwoli na ocenę efektywności interwencji fizjoterapeutycznej oraz postępu w zakresie sprawności i jakości życia pacjenta.

Dane uzyskane podczas realizacji modułu rehabilitacyjnego zostaną odnotowane Karta świadczeń fizjoterapeutycznych oraz Karcie oceny skuteczności programu.

3.3.5. Etap V: Moduł edukacyjny

Celem modułu edukacyjnego jest zwiększenie poziomu wiedzy i kompetencji zdrowotnych uczestników programu w zakresie profilaktyki i leczenia chorób układu krążenia, poprzez edukację m.in. związaną z trybem życia, dietą, przyjmowaniem leków, monitorowaniem objawów oraz przygotowaniem do samodzielnego funkcjonowania po zakończeniu programu. Edukacja dostarczy uczestnikom niezbędnej wiedzy i umiejętności oraz wzmocni ich motywację, tworząc solidną podstawę do zmiany zachowań na prozdrowotne, co zwiększy szansę na trwałą poprawę stylu życia.

3.3.5.1. Moduł edukacyjny – interwencja dietetyka

Celem interwencji dietetycznej w programie jest zwiększenie świadomości pacjentów na temat wpływu żywienia na zdrowie układu krążenia oraz dostosowanie indywidualnych zaleceń dietetycznych do stanu zdrowia, stylu życia i wyników analizy składu ciała.

Etap realizowany będzie przez dietetyka na przestrzeni 7 tygodni (równolegle do Etapu IV: Modułu rehabilitacyjnego) i będzie obejmował dwa komponenty:

3.3.5.1.1. Spotkanie grupowe z dietetykiem

Każdy uczestnik Programu weźmie udział w edukacji grupowej nt. zasad żywienia w prewencji i leczeniu chorób sercowo-naczyniowych i będzie ona obejmowała m.in. następującą tematykę:

- znaczenie diety w chorobach układu krążenia,
- dieta DASH, śródziemnomorska i inne zalecane modele żywieniowe,
- rola soli, cukru, tłuszczów trans i cholesterolu,
- czytanie etykiet i dokonywanie świadomych wyborów konsumenckich,
- zasady komponowania posiłków i rozkład kalorii w ciągu dnia,
- mity żywieniowe w chorobach układu krążenia,
- praktyczne wskazówki do zmiany nawyków – bez diet restrykcyjnych.

3.3.5.1.2. Początkowe spotkanie indywidualne z dietetykiem

Indywidualne spotkanie diagnostyczne z dietetykiem, w trakcie którego odbędą się następujące interwencje:

- analiza składu ciała na analizatorze (masa ciała, BMI, zawartość tkanki tłuszczowej, masa mięśniowa, nawodnienie),
- omówienie nawyków żywieniowych,
- przygotowanie przykładowego jadłospisu.

3.3.5.1.3. Końcowe spotkanie indywidualne z dietetykiem

Indywidualne spotkanie końcowe z dietetykiem, w trakcie którego odbędą się następujące interwencje:

- ponowna analiza składu ciała, porównanie wyników początkowych z końcowymi,
- korekta jadłospisu,
- sformułowanie indywidualnych zaleceń na dalszy okres.

Etap realizowany będzie przez dietetyka na przestrzeni 10 tygodni (równolegle do Etapu IV: Modułu rehabilitacyjnego).

Dane uzyskane podczas realizacji modułu edukacyjnego zostaną odnotowane przez dietetyka w Karcie konsultacji dietetycznych.

3.3.5.2. Moduł edukacyjny – interwencja pielęgniarska

Celem modułu edukacyjnego jest zwiększenie poziomu wiedzy uczestników na temat chorób układu krążenia, ich przyczyn, konsekwencji oraz sposobów zapobiegania ich progresji. Edukacja ma wzmocnić świadomość zdrowotną pacjentów, zwiększyć skuteczność samokontroli oraz poprawić przestrzeganie zaleceń terapeutycznych.

3.3.5.2.1. Edukacja w zakresie profilaktyki chorób układu krążenia

Moduł będzie realizowany przez pielęgniarkę w formie grupowego szkolenia edukacyjnego i obejmie następującą tematykę:

- istotę chorób układu krążenia,
- czynniki ryzyka ChUK, z uwzględnieniem ich modyfikowalności,
- znaczenie czynników zawodowych w rozwoju i nawrotach choroby,
- zdrowotne czynniki ryzyka w miejscu pracy oraz działania prewencyjne w zakresie czynników szkodliwych lub uciążliwych występujących w miejscu pracy wpływających niekorzystnie na układ krążenia
- powikłania chorób sercowo-naczyniowych,
- zasady przyjmowania leków – systematyczność, bezpieczeństwo farmakoterapii,
- przestrzeganie zaleceń lekarskich i rola pacjenta w procesie leczenia,
- praktyczne aspekty pomiaru ciśnienia tętniczego w warunkach domowych – częstotliwość, technika, interpretacja wyników
- monitorowanie objawów ostrzegawczych – jak rozpoznać pogorszenie stanu zdrowia, kiedy zgłosić się do lekarza.
- samoobserwacja i prowadzenie dzienniczka zdrowia – zapisywanie ciśnienia, tętna, objawów, stosowania leków.

Edukacja ma na celu zwiększenie samodzielności pacjenta w codziennym zarządzaniu chorobą, zmniejszenie ryzyka powikłań, minimalizowanie negatywnego wpływu środowiska pracy na zdrowie oraz przygotowanie pacjenta do świadomego samoleczenia.

3.3.5.2.2. Edukacja w zakresie profilaktyki uzależnień od nikotyny

Moduł będzie realizowany przez pielęgniarkę w formie grupowego szkolenia edukacyjnego tylko dla osób deklarujących używanie produktów zawierających tytoń i obejmie następującą tematykę:

- wpływ palenia tytoniu na układ sercowo-naczyniowy,
- bierne palenie – zagrożenie dla otoczenia pacjenta,
- uzależnienie od nikotyny – mechanizmy i objawy,
- korzyści z zaprzestania palenia,
- strategie rzucania palenia,
- źródła wsparcia dla osób rzucających palenie.

Etap realizowany będzie przez pielęgniarkę na przestrzeni 10 tygodni (równolegle do Etapu IV: Modułu rehabilitacyjnego).

Zajęcia będą miały charakter interaktywny i dostosowany do poziomu wiedzy uczestników.

Dane uzyskane podczas realizacji modułu edukacyjnego zostaną odnotowane przez pielęgniarkę w Karcie świadczeń edukacyjnych oraz w Karcie oceny skuteczności programu.

3.3.6. Etap VI. Moduł wsparcia psychologiczno-zawodowego

3.3.6.1. Moduł wsparcia psychologicznego

Moduł wsparcia psychospołecznego stanowi integralny element kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej i ma na celu wsparcie pacjentów w radzeniu sobie z psychologicznymi i społecznymi skutkami choroby układu krążenia. Interwencja psychologiczna prowadzona w ramach tego etapu ma charakter indywidualny, ukierunkowany na poprawę jakości życia pacjenta, zwiększenie jego zaangażowania w proces leczenia oraz ułatwienie powrotu do aktywności życiowej i zawodowej.

Etap realizowany będzie przez psychologa na przestrzeni 7 tygodni (równolegle do Etapu IV: Modułu rehabilitacyjnego) i będzie obejmował dwa komponenty:

3.3.6.1.1. Wstępna diagnoza psychologiczna

Każdy uczestnik programu odbędzie indywidualne spotkanie z psychologiem, którego celem będzie:

- rozpoznanie sposobu radzenia sobie pacjenta z chorobą przewlekłą (mechanizmy adaptacyjne, poziom akceptacji choroby),
- identyfikacja trudności psychicznych związanych z utratą ról społecznych i zawodowych wskutek choroby,
- ocena ogólnego stanu emocjonalnego pacjenta, w tym ryzyka wystąpienia objawów depresyjnych lub lękowych,
- rozpoznanie potrzeb w zakresie dalszego wsparcia psychologicznego.

3.3.6.1.2. Wsparcie psychologiczne dostępne dla potrzebujących

W kolejnych 5 tygodniach psycholog będzie dostępny raz w tygodniu dla uczestników programu, którzy uznają, że potrzebują dalszego indywidualnego wsparcia. Spotkania będą miały charakter dobrowolny i dostosowany do potrzeb pacjentów – mogą m.in. dotyczyć:

- trudności w adaptacji do życia z chorobą,
- problemów emocjonalnych i obniżonego nastroju,
- budowania motywacji do aktywności i zmiany stylu życia,
- wsparcia w relacjach rodzinnych i społecznych,
- radzenia sobie z lękiem przed nawrotem choroby lub ograniczeniami fizycznymi.

Moduł ten ma na celu nie tylko poprawę dobrostanu psychicznego uczestników, ale również zwiększenie skuteczności działań rehabilitacyjnych poprzez wspieranie wewnętrznych zasobów pacjenta i wzmacnianie jego poczucia wpływu na proces zdrowienia.

Etap realizowany będzie przez na przestrzeni 10 tygodni (równolegle do Etapu IV: Modułu rehabilitacyjnego).

Dane uzyskane podczas realizacji modułu wsparcia psychospołecznego zostaną odnotowane przez psychologa w Karcie konsultacji psychologicznych.

3.3.6.2. Moduł wsparcia zawodowego

Celem komponentu zawodowego w ramach modułu wsparcia zawodowego jest ułatwienie uczestnikom programu powrotu do aktywności zawodowej, dostosowanej do ich aktualnych możliwości zdrowotnych oraz sytuacji życiowej. Choroby układu krążenia nierzadko prowadzą do czasowej lub trwałej niezdolności do pracy, zmiany roli zawodowej lub trudności w kontynuowaniu dotychczasowej ścieżki kariery. Wsparcie doradcy zawodowego ma pomóc w zaplanowaniu realnych i osiągalnych kierunków dalszego rozwoju zawodowego lub w reintegracji z rynkiem pracy.

W ramach modułu wsparcia psychospołecznego każdy uczestnik Programu będzie miał możliwość skorzystania z indywidualnego spotkania z doradcą zawodowym.

Osoby bezrobotne w ramach tego modułu zostaną poinformowane o możliwości uzyskania wsparcia w projektach z zakresu aktywizacji zawodowej realizowanych w ramach programu Fundusze Europejskie dla Lubelskiego 2021-2027 (chyba, że uzyskują już wsparcie właściwej instytucji rynku pracy).

Etap realizowany będzie przez doradcę zawodowego na przestrzeni 10 tygodni (równolegle do Etapu IV: Modułu rehabilitacyjnego).

Indywidualne spotkanie diagnostyczno-konsultacyjne obejmie:

- analizę sytuacji zawodowej pacjenta sprzed zachorowania i obecnie (w tym statusu zatrudnienia),
- identyfikację barier zdrowotnych i społecznych utrudniających powrót do pracy,
- ocenę kompetencji i zasobów pacjenta oraz możliwości ich wykorzystania na rynku pracy,
- udzielenie informacji o dostępnych formach wsparcia zawodowego, przekwalifikowania lub aktywizacji,

- wsparcie doradcze na etapie podejmowania decyzji zawodowych np. pomoc w przygotowaniu dokumentów aplikacyjnych (CV, list motywacyjny),
- udzielanie porad dotyczących łączenia aktywności zawodowej z ograniczeniami zdrowotnymi,
- wsparcia w kontaktach z instytucjami rynku pracy (np. urzędy pracy, agencje zatrudnienia, fundacje wspierające osoby z niepełnosprawnościami),

Moduł ten ma na celu przeciwdziałanie społecznemu wykluczeniu osób po chorobach układu krążenia, wspieranie ich aktywizacji zawodowej oraz budowanie poczucia sprawczości i sensu poprzez reintegrację z życiem zawodowym.

Dane uzyskane podczas realizacji modułu wsparcia psychospołecznego zostaną odnotowane przez doradcę zawodowego w Karcie oceny doradcy zawodowego.

3.3.7. Etap VII. Zakończenie udziału w Programie

Po zakończeniu wszystkich modułów opiekun pacjenta wyznaczy termin końcowej, wizyty u pielęgniarki, podczas której ponownie zostaną ocenione występujące u pacjenta czynniki ryzyka oraz zostaną wydane skierowania na badania laboratoryjne i EKG.

3.3.7.1. Końcowa wizyta u pielęgniarki

Podczas wizyty końcowej pielęgniarka:

- przeprowadzi wywiad zdrowotny, dotyczący stylu życia,
- przeprowadzi pomiary antropometryczne: masy ciała i wzrostu, obwodu talii i bioder oraz obliczy wskaźnik BMI oraz WHR,
- dokona pomiaru ciśnienia tętniczego krwi oraz tętna,
- dokona oceny ryzyka sercowo-naczyniowego za pomocą arkusza SCORE,
- przeprowadzi test wiedzy na temat chorób układu krążenia (post-test),
- odnotuje w Karcie oceny skuteczności Programu parametry służące monitorowaniu mierników efektywności Programu
- wyda skierowanie na badania laboratoryjne krwi: morfologia krwi, lipidogram (cholesterol całkowity, LDL, HDL, TG), stężenie glukozy oraz kwasu moczowego,
- wyda skierowanie na EKG.

Po wykonaniu badań laboratoryjnych oraz EKG opiekun pacjenta umówi go na badanie końcowe do lekarza.

3.3.7.2. Badanie końcowe lekarskie

Badania końcowego dokona lekarz następujących specjalizacji: kardiologii lub rehabilitacji medycznej. Podczas badania lekarz:

- przeprowadzi badanie przedmiotowe i podmiotowe pacjenta,
- dokona oceny stanu klinicznego pacjenta,
- dokona interpretacji wyników badań laboratoryjnych oraz EKG,
- podsumuje udział Pacjenta w Programie i wyda zalecenia co do dalszego postępowania w zakresie profilaktyki ChUK ,
- wyda informację dla lekarza kierującego do Programu.

Wywiad, badanie, wyniki pomiarów i badań pielęgniarka i lekarz udokumentują w Karcie badania – dokumencie wspólnym dla lekarza i pielęgniarki, dokumentującym badania wstępne i końcowe uczestnika Programu.

Wszystkie ocenione parametry zostaną przedstawione w ankiecie ewaluacyjnej – Karcie oceny skuteczności Programu

Po zakończonym procesie rehabilitacji zostaną przekazane informacje o pacjencie oraz o jego stanie zdrowia i opracowanym planie postępowania prozdrowotnego do lekarza leczącego kierującego do Programu (wydającego zaświadczenie będące podstawą kwalifikacji), w celu ustalenia dalszego postępowania finansowanego ze środków NFZ.

3.4. Rekomendacje naukowe dotyczące postępowania w problemie zdrowotnym oraz skuteczność i bezpieczeństwo planowanych działań

Wszystkie zaplanowane w ramach programu interwencje znajdują odzwierciedlenie w opisanych poniżej wytycznych i rekomendacjach ekspertów. Realizację kompleksowych świadczeń rehabilitacyjnych w odniesieniu do pacjentów z problemem chorób układu krążenia zalecają m.in.:

- European Society of Cardiology (ESC 2021)⁵⁴,
- European Association of Preventive Cardiology (EAPC 2021)⁵⁵,
- American Heart Association (AHA 2023)⁵⁶,
- American College of Cardiology (ACC 2023)⁵⁷,
- American College of Clinical Pharmacy (ACCP 2023)⁵⁸,
- American Society for Preventive Cardiology (ASPC 2023)⁵⁹,
- National Lipid Association (NLA 2023)⁶⁰,
- Preventive Cardiovascular Nurses Association (PCNA 2023)⁶¹,
- National Institute for Health Care Excellence (NICE 2020)⁶²,
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN 2017)⁶³,
- World Health Organization (WHO 2023)⁶⁴,
- Sekcja Rehabilitacji i Fizjologii Wysiłku Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego (PTK 2017⁶⁵, 2021⁶⁶).

⁵⁴ 2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice . European Heart Journal, Volume 42, Issue 34, 7 September 2021, Pages 3227–3337.

⁵⁵ Ibidem.

⁵⁶ 2023 AHA/ACC/ACCP/ASPC/NLA/PCNA Guideline for the Management of Patients With Chronic Coronary Disease. J Am Coll Cardiol. 2023 Aug, 82 (9) 833–955.

⁵⁷ Ibidem.

⁵⁸ Ibidem.

⁵⁹ Ibidem.

⁶⁰ Ibidem.

⁶¹ Ibidem.

⁶² Acute coronary syndromes, NICE guideline [NG185] [<https://www.nice.org.uk/guidance/NG185>].

⁶³ SIGN 150, Cardiac rehabilitation [<https://www.sign.ac.uk/our-guidelines/cardiac-rehabilitation/>].

⁶⁴ Package of interventions for rehabilitation, Informacje WHO [<https://www.who.int/teams/noncommunicable-diseases/sensory-functions-disability-and-rehabilitation/rehabilitation/service-delivery/package-of-interventions-for-rehabilitation>]; dostęp: 1.07.2025 r.].

⁶⁵ Rekomendacje w Zakresie Realizacji Kompleksowej Rehabilitacji Kardiologicznej... op. cit.

⁶⁶ Jegier A. i in., Kompleksowa rehabilitacja kardiologiczna podstawą prewencji wtórnej chorób układu sercowo-naczyniowego... op. cit.

Rehabilitacja kardiologiczna stanowi nieodzowny element kompleksowego leczenia chorób układu krążenia i pełni kluczową rolę w ograniczaniu ich skutków, poprawie jakości życia pacjentów oraz zmniejszaniu ryzyka nawrotów i zgonu sercowo-naczyniowego. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) definiuje rehabilitację kardiologiczną jako „wielowymiarowy program opieki nad pacjentem, mający na celu poprawę zdrowia fizycznego, psychicznego i społecznego osób z chorobami serca, poprzez modyfikację stylu życia, kontrolę czynników ryzyka oraz wspomaganie powrotu do aktywności zawodowej i społecznej” (WHO, 2016). Współczesna rehabilitacja kardiologiczna opiera się na czterech podstawowych filarach: treningu fizycznym, edukacji zdrowotnej, wsparciu psychologicznym oraz farmakoterapii i kontroli czynników ryzyka.

Kompleksowa rehabilitacja kardiologiczna (KRK) to jeden z najskuteczniejszych elementów wtórnej prewencji chorób układu krążenia, uznany za nieodzowny komponent nowoczesnego leczenia pacjentów z chorobami serca. Zgodnie z definicją Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego (ESC), KRK to „ustrukturyzowany program leczenia obejmujący komponenty takie jak ćwiczenia fizyczne, edukacja zdrowotna, poradnictwo psychologiczne i modyfikacja czynników ryzyka, który powinien być dostosowany indywidualnie do każdego pacjenta” (ESC Guidelines, 2021). Program ten stanowi kompleksową odpowiedź na wieloczynnikowe uwarunkowania schorzeń sercowo-naczyniowych, w tym zawału serca, niewydolności serca, choroby wieńcowej czy po zabiegach kardiochirurgicznych.

Według wytycznych ESC (2021), uczestnictwo w nadzorowanej, ustrukturyzowanej i multidyscyplinarnej KRK rekomendowane jest na poziomie klasy I z poziomem dowodów A – co oznacza najwyższy stopień zalecenia i potwierdzenie skuteczności w wielu badaniach klinicznych. Dotyczy to pacjentów po zawale serca, rewaskularyzacji (PCI/CABG), z przewlekłą chorobą wieńcową oraz z niewydolnością serca. W opinii eksperckiej Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego z 2021 r. potwierdzono zasadność wdrażania KRK jako podstawowej formy prewencji wtórnej u szerokiego grona pacjentów (Jegier i wsp., 2021)⁶⁷. Także American Heart Association (AHA) oraz American College of Cardiology (ACC) zalecają włączenie do programu komponentów psychologicznych, monitorowania depresji oraz modyfikacji zachowań zdrowotnych.

W licznych badaniach naukowych potwierdzono znaczną skuteczność KRK. Metaanaliza 21 randomizowanych badań klinicznych, obejmująca ponad 4000 pacjentów, wykazała, że rehabilitacja oparta wyłącznie na aktywności fizycznej i farmakoterapii obniża śmiertelność o 15%, natomiast zastosowanie kompleksowego podejścia (z edukacją, dietą, wsparciem psychologicznym) skutkuje spadkiem śmiertelności aż o 26% (Jolliffe et al., 2001)⁶⁸. Inne badania wykazują, że udział w KRK obniża ryzyko ponownego incydentu sercowo-naczyniowego o około 35% i istotnie zmniejsza częstość hospitalizacji. Rehabilitacja przyczynia się również do zwiększenia wydolności fizycznej, zmniejszenia poziomu lęku i depresji oraz poprawy jakości życia (Piepoli et al., 2020; Czytelnia Medyczna)⁶⁹.

Program KRK powinien być dostosowany do indywidualnych możliwości pacjenta i oparty na tzw. zasadzie FITT (frekwencja, intensywność, czas trwania, typ aktywności). Trening powinien być poprzedzony testem wysiłkowym (próba wysiłkowa lub spiroergometria), a

⁶⁷ Jegier A. i in. (2021). Rekomendacje dotyczące rehabilitacji kardiologicznej. *Kardiologia Polska*, 79(3), 313–374

⁶⁸ Jolliffe J.A. et al. (2001). Exercise-based rehabilitation for coronary heart disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews*

⁶⁹ Piepoli M.F. et al. (2010). Secondary prevention through cardiac rehabilitation: From knowledge to implementation. *European Journal of Preventive Cardiology*, 27(18), 1984–2006.

następnie monitorowany pod kątem tętna, ciśnienia tętniczego i objawów klinicznych. Typowy program obejmuje aktywność fizyczną (np. marsz na bieżni, jazda na rowerze stacjonarnym), edukację zdrowotną, konsultacje dietetyczne i psychologiczne. Szczególne znaczenie mają modyfikacje stylu życia, takie jak zaprzestanie palenia, redukcja masy ciała czy kontrola cukrzycy.

Bezpieczeństwo KRK jest wysokie, pod warunkiem przestrzegania przeciwwskazań oraz prowadzenia monitoringu w trakcie sesji treningowych. Przeciwwskazania do rozpoczęcia rehabilitacji to m.in. niestabilna dławica piersiowa, niekontrolowane nadciśnienie tętnicze, ostre zapalenie mięśnia sercowego czy ciężkie zaburzenia rytmu serca. Przy prawidłowej selekcji pacjentów i nadzorze specjalistów, ryzyko powikłań podczas KRK jest minimalne. Co istotne, wdrożenie rehabilitacji jak najwcześniej po ostrym incydencie sercowo-naczyniowym (np. zawale serca) zwiększa skuteczność interwencji i poprawia rokowanie.

Współczesne modele rehabilitacji uwzględniają także możliwości dostępu do programu w formie domowej (tzw. home-based cardiac rehabilitation), z wykorzystaniem narzędzi e-zdrowia (telemonitoring, aplikacje mobilne). Według aktualnych wytycznych ESC (2021), formy domowe KRK mogą być rozważane u wybranych pacjentów jako alternatywa dla modelu stacjonarnego – rekomendacja klasy IIb, poziom B. Zdalne programy pozwalają zwiększyć dostępność rehabilitacji, zwłaszcza dla osób z ograniczoną mobilnością, zamieszkałych poza ośrodkami miejskimi czy pracujących zawodowo. Jednocześnie skuteczność interwencji domowych – pod warunkiem odpowiedniego nadzoru – jest porównywalna z modelami stacjonarnymi, co potwierdzają badania z ostatnich lat.

Efekty fizjologiczne KRK są bardzo szerokie. Obejmują m.in. poprawę wydolności tlenowej ($VO_2\max$), regulację ciśnienia tętniczego, obniżenie poziomu cholesterolu LDL, poprawę gospodarki węglowodanowej, redukcję masy ciała i poprawę funkcji śródbłonna. Po stronie psychologicznej obserwuje się zmniejszenie lęku i depresji, poprawę snu i wzrost motywacji do zmiany stylu życia. W analizach ekonomicznych KRK wykazuje korzystny profil koszt–efektywność – zmniejszenie liczby hospitalizacji, kosztów leczenia powikłań oraz poprawa produktywności pacjentów przekładają się na oszczędności systemowe.

Mimo wyraźnych dowodów naukowych, udział pacjentów w KRK wciąż jest niewystarczający – zwłaszcza w Polsce. Główne bariery to zbyt mała liczba skierowań, ograniczony dostęp do programów, brak świadomości korzyści oraz czynniki psychospołeczne (np. lęk, depresja, brak wsparcia rodziny). W celu zwiększenia uczestnictwa zaleca się m.in., edukację personelu i pacjentów, rozwój form hybrydowych i domowych, a także zastosowanie narzędzi takich jak EXPERT Tool opracowany przez European Association of Preventive Cardiology (EAPC), który wspiera indywidualne programowanie ćwiczeń fizycznych zgodnie z zasadami FITT.

Kompleksowa rehabilitacja kardiologiczna jest rekomendowaną przez wszystkie główne towarzystwa kardiologiczne formą prewencji wtórnej i leczenia przewlekłych chorób serca. Jej skuteczność i bezpieczeństwo są jednoznacznie potwierdzone w badaniach klinicznych, a korzyści fizjologiczne, psychologiczne i ekonomiczne czynią ją nieodzownym elementem nowoczesnej opieki kardiologicznej. Kluczowym wyzwaniem pozostaje zwiększenie dostępności KRK i pełne jej wdrożenie w praktyce klinicznej, w tym rozwój nowoczesnych modeli opartych na telemedycynie i technologii mobilnej.

Nie należy również zapominać o roli interdyscyplinarnego zespołu terapeutycznego w realizacji kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej. Oprócz kardiologów i fizjoterapeutów, ważną rolę odgrywają psycholodzy, dietetycy, pielęgniarki specjalistyczne a także doradcy zawodowi. Koordynacja działań tych specjalistów umożliwia pełną realizację zaleceń i kompleksowe wsparcie pacjenta na każdym etapie terapii.

Jednym z wyzwań pozostaje zwiększenie odsetka pacjentów objętych KRK. W wielu krajach, w tym w Polsce, odsetek ten jest niezadowalający. Konieczne są działania systemowe, takie

jak automatyczne skierowania do KRK po hospitalizacji z powodu zawału serca, lepsze finansowanie świadczeń i integracja opieki ambulatoryjnej z rehabilitacyjną. W Stanach Zjednoczonych wdrożenie systemu automatycznego skierowania (automatic referral system) zwiększyło uczestnictwo pacjentów w KRK z 32% do ponad 70%.

W świetle przedstawionych danych nie ulega wątpliwości, że kompleksowa rehabilitacja kardiologiczna stanowi „złoty standard” w opiece nad pacjentem kardiologicznym. Wdrożenie i rozwój programów KRK, szczególnie w formie zindywidualizowanej i wspieranej technologicznie, powinno być jednym z priorytetów nowoczesnej medycyny opartej na faktach. Mając na uwadze zidentyfikowane problemy w ramach analizy świadczeń z zakresu rehabilitacji kardiologicznej Prezes Agencji uważa za zasadne wdrożenie modelu opieki kompleksowej.⁷⁰

Jednym z najlepiej udokumentowanych elementów rehabilitacji jest trening fizyczny. Regularna, dostosowana do możliwości pacjenta aktywność fizyczna poprawia wydolność krążeniowo-oddechową, redukuje częstość występowania incydentów sercowo-naczyniowych, zmniejsza ryzyko zgonu i przyczynia się do poprawy ogólnej jakości życia. Jak wykazała metaanaliza opublikowana w „European Heart Journal” (Anderson et al., 2016), udział w programach rehabilitacyjnych z komponentem ruchowym zmniejsza śmiertelność ogólną o 13% i ryzyko nawrotu zawału serca o 26%. Treningi aerobowe, oporowe, interwałowe czy połączenie ich form stanowią podstawę fizjoterapeutycznego podejścia do pacjenta z chorobą niedokrwienną serca, niewydolnością serca czy po operacjach kardiochirurgicznych. Drugim kluczowym elementem jest edukacja zdrowotna, której celem jest zwiększenie świadomości pacjentów w zakresie czynników ryzyka chorób sercowo-naczyniowych, takich jak nadciśnienie, hiperlipidemia, cukrzyca, palenie tytoniu i stres. Dzięki edukacji pacjenci uczą się modyfikować styl życia, przestrzegać zaleceń lekarskich oraz rozpoznawać objawy zaostrzenia choroby. Badanie EUROACTION⁷¹ wykazało, że edukacja pacjentów i ich rodzin przekłada się na lepsze wyniki kliniczne i skuteczniejsze kontrolowanie czynników ryzyka.

Rehabilitacja kardiologiczna realizowana jest w trzech głównych formach organizacyjnych: stacjonarnej, ambulatoryjnej i domowej. Rehabilitacja stacjonarna prowadzona jest w wyspecjalizowanych ośrodkach, gdzie pacjent przebywa przez całą dobę pod opieką zespołu medycznego. Jest to forma rekomendowana w przypadku pacjentów w stanie cięższym, po operacjach kardiochirurgicznych lub z wieloma chorobami współistniejącymi. Oferuje intensywny nadzór, szybki dostęp do diagnostyki i możliwość modyfikacji leczenia w czasie rzeczywistym.

Rehabilitacja ambulatoryjna, z kolei, odbywa się w trybie dziennym – pacjent uczęszcza na zajęcia do ośrodka, a po ich zakończeniu wraca do domu. Ten model sprawdza się u pacjentów w stabilnym stanie klinicznym i umożliwia integrację procesu leczenia z codziennym życiem. W Polsce to najczęściej stosowana forma rehabilitacji po przebytym zawałe mięśnia sercowego, angioplastyce czy zabiegach wszczepienia stentów.

Coraz większe znaczenie zyskuje rehabilitacja domowa, szczególnie w kontekście rosnących potrzeb pacjentów z ograniczoną mobilnością oraz w regionach o utrudnionym dostępie do placówek medycznych. Domowa rehabilitacja kardiologiczna (w tym telemedyczna) umożliwia pacjentom wykonywanie zaleconych ćwiczeń i edukację przy wsparciu zdalnym zespołu

⁷⁰ Rekomendacja nr 24/2019 Prezesa AOTMiT z dnia 19 kwietnia 2019 r. w sprawie zmiany technologii medycznej w zakresie rehabilitacji kardiologicznej

⁷¹ Wood DA, Kotseva K, Connolly S, Jennings C, Mead A, Jones J, Holden A, De Bacquer D, Collier T, De Backer G, Faergeman O; EUROACTION Study Group. Nurse-coordinated multidisciplinary, family-based cardiovascular disease prevention programme (EUROACTION) for patients with coronary heart disease and asymptomatic individuals at high risk of cardiovascular disease: a paired, cluster-randomised controlled trial. *Lancet*. 2008 Jun 14;371(9629):1999-2012. doi: 10.1016/S0140-6736(08)60868-5. PMID: 18555911.

medycznego, z wykorzystaniem monitoringu parametrów życiowych i aplikacji wspomagających. Badania pokazują⁷², że teleopieka może być równie skuteczna jak tradycyjna rehabilitacja ambulatoryjna, pod warunkiem właściwej kwalifikacji pacjenta.

Ostatnim filarem rehabilitacji jest kompleksowa opieka farmakologiczna i kontrola czynników ryzyka. Zespół terapeutyczny monitoruje stan kliniczny pacjenta, modyfikuje leczenie, kontroluje ciśnienie, glikemię i poziom lipidów, co przyczynia się do stabilizacji choroby i ograniczenia progresji. Zgodnie z wytycznymi Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego (ESC, 2021), tego rodzaju holistyczne podejście znacząco zmniejsza ryzyko powtórnych incydentów sercowo-naczyniowych.

W Polsce rehabilitacja kardiologiczna zyskuje na znaczeniu w kontekście Narodowego Programu Chorób Układu Krążenia na lata 2022–2032, który zakłada poprawę dostępności i jakości rehabilitacji, zwłaszcza poprzez rozwój telemedycyny, rehabilitacji dziennej i wsparcia dla form domowych (Ministerstwo Zdrowia, 2022). Rozszerzenie tych usług pozwala nie tylko na poprawę rokowań, ale też na zwiększenie efektywności całego systemu ochrony zdrowia. Kompleksowa rehabilitacja kardiologiczna to proces, który należy:

- wdrażać bezzwłocznie;
- kontynuować w sposób ciągły;
- prowadzić wieloetapowo;
- dostosować do indywidualnych potrzeb chorego w zależności od jego stanu klinicznego;
- prowadzić w sposób akceptowany przez pacjenta i jego otoczenie⁷³.

Choroby sercowo-naczyniowe tradycyjnie kojarzone są ze średnim i starszym wiekiem dorosłym. Jednak w ostatnich latach obserwuje się niepokojącą tendencję do występowania niektórych ChUK w młodszych grupach wiekowych.

W Polsce mimo dobrze opracowanych ram prawnych i programowych, rehabilitacja kardiologiczna napotyka liczne problemy:

- niewystarczająca liczba ośrodków – szczególnie w małych miastach i regionach peryferyjnych,
- braki kadrowe – ograniczona dostępność specjalistów rehabilitacji i fizjoterapeutów,
- niedostateczne wykorzystanie telerehabilitacji – mimo postępów technologicznych i pilotaży,
- problemy z terminowością – wielu pacjentów nie rozpoczyna rehabilitacji w ciągu 14 dni od wypisu.

W świetle NPChUK oraz doświadczeń z programów jak KOS-zawał, eksperci rekomendują:⁷⁴

- wdrożenie obowiązkowego włączenia do rehabilitacji wszystkich pacjentów po zawale,
- rozwój modelu hybrydowego rehabilitacji (łąającego formy stacjonarne, dzienne i zdalne),
- upowszechnienie koordynowanej opieki poszpitalnej,
- wprowadzenie zmotywowanych ścieżek finansowania dla placówek oferujących kompleksową rehabilitację.

Jak wynika z opublikowanego w październiku 2023 roku przez Narodowy Fundusz Zdrowia raportu "Funkcjonowanie programu KOS-zawał" rehabilitacja kardiologiczna rozpoczęta w trakcie hospitalizacji lub w ciągu 60 dni od zakończenia hospitalizacji z powodu zawału zmniejszała ryzyko wystąpienia zgonu o 57 proc.⁷⁵

⁷² Becevic M., Boren S., Mutrux R., Shah Z., Banerjee S. User Satisfaction With Telehealth: Study of Patients, Providers, and Coordinators. *Health Care Manag.* (Frederick) 2015; 34: 337–349

⁷³ Definicja, zadania, etapy i efekty rehabilitacji kardiologicznej, [w:] *Folia Cardiologica* 2004, tom 11, supl. A, A1–A3 Copyright © 2004 Via Medica, s. A1

⁷⁴ Funkcjonowanie programu KOS-zawał, Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia, Departament Analiz, Monitorowania Jakości i Optymalizacji Świadczeń, Warszawa, październik 2023

⁷⁵ tamże

System rehabilitacji kardiologicznej w Polsce opiera się na fundamencie świadczeń NFZ, prewencji rentowej ZUS oraz programach takich jak KOS-zawał i NPChUK. Nowy Narodowy Program Chorób Układu Krążenia na lata 2022–2032 wnosi jakościową zmianę poprzez standaryzację, cyfryzację i zwiększenie dostępności do rehabilitacji. Dalszy rozwój tego systemu wymaga jednak trwałych inwestycji, stabilności kadrowej i lepszej organizacji opieki poszpitalnej.

Badania, takie jak International Childhood Cardiovascular Cohort (i3C), podkreślają, że metaboliczne czynniki ryzyka (np. wysoki BMI, wysokie ciśnienie krwi, wysoki cholesterol) oraz ich zmiany od dzieciństwa do dorosłości, mogą podwyższać ryzyko ChUK.⁷⁶ To z kolei wskazuje na krytyczne znaczenie pierwotnej profilaktyki już od najmłodszych lat, szczególnie w okresie dojrzewania, który często jest pomijany w powszechnej opiece zdrowotnej. Młodzi ludzie z ChUK znacząco przyczyniają się do globalnego obciążenia śmiertelnością.

Należy nadmienić, że współczynnik zgonów z powodu chorób układu krążenia wśród mężczyzn w wieku poniżej 45 lat jest blisko trzy razy wyższy niż wśród kobiet w tym samym wieku. Podobnie ta relacja kształtowała się w grupie osób w wieku 45-59 lat (proporcja ta wyniosła 3,9), przy czym wartość tego współczynnika była kilkanaście razy wyższa niż wśród osób młodszych. W tym kontekście, populacja osób pracujących, a zwłaszcza młodych pracowników, jest grupą strategicznie ważną dla wczesnych działań rehabilitacyjnych.

Ponadto, wytyczne w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego w regionalnych programach na lata 2021-2027 określają, iż RPZ z zakresu rehabilitacji leczniczej ułatwiającej powrót do pracy lub utrzymanie zatrudnienia, są kierowane do osób pracujących narażonych na opuszczenie rynku pracy z powodu czynników zdrowotnych lub do osób zarejestrowanych jako bezrobotne, potrzebujących świadczeń rehabilitacyjnych w celu podjęcia lub powrotu do zatrudnienia.

Osoby po ostrym incydencie wieńcowym, takimi jak zawał mięśnia sercowego czy niestabilnej chorobie wieńcowej, nadal pozostają w grupie wysokiego lub bardzo wysokiego ryzyka sercowo-naczyniowego, nawet po wdrożeniu rehabilitacji. Incydent sercowy może spowodować martwicę części mięśnia sercowego, co zaburza jego funkcję i zwiększa ryzyko niewydolności serca.

Należy również mieć na uwadze, że choroba wieńcowa to zwykle efekt lat zaniedbań zdrowotnych (np. palenie, nadciśnienie, cukrzyca, które komplikują leczenie i zwiększają zagrożenie). Nawet po incydencie nie zawsze udaje się je skutecznie skorygować. Pierwsze miesiące po incydencie to okres najwyższego ryzyka kolejnego zawału lub nagłej śmierci sercowej.

Ponad połowa przypadków zgonów to efekt modyfikowalnych czynników ryzyka. Według Programu EU4Health i danych OECD, około 60% zgonów można przypisać zachowaniom, które można zmienić: paleniu, braku ruchu, niezdrowej diecie czy otyłości.⁷⁷

⁷⁶ Sinaiko AR, Jacobs DR Jr, Woo JG, Bazzano L, Burns T, Hu T, Juonala M, Prineas R, Raitakari O, Steinberger J, Urbina E, Venn A, Jaquish C, Dwyer T. The International Childhood Cardiovascular Cohort (i3C) consortium outcomes study of childhood cardiovascular risk factors and adult cardiovascular morbidity and mortality: Design and recruitment. *Contemp Clin Trials*. 2018 Jun;69:55-64. doi: 10.1016/j.cct.2018.04.009. Epub 2018 Apr 22. PMID: 29684544; PMCID: PMC5964041.

⁷⁷ https://health.ec.europa.eu/funding/eu4health-programme-2021-2027-vision-healthier-european-union_pl, dostęp: 30.06.2025 r.

3.5. Sposób udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach regionalnego programu zdrowotnego

LP.	Etap programu	Sposób organizacji	Realizator	Czas trwania, ilość spotkań	Dokumentacja	Warunki przejścia do następnego etapu
1.	Etap I: Przygotowanie organizacyjne programu	– opracowanie procedury udziału pacjenta w Programie – przygotowanie założeń kampanii promocyjno-edukacyjnej – przygotowanie projektów ulotek, plakatów – przygotowanie projektów materiałów edukacyjnych – szkolenia dla osób realizujących Program – utworzenie dokumentacji projektowej i programowej	– koordynator – kardiolog – psycholog	Czas trwania etapu: 4 tygodnie 4 tygodnie przed rozpoczęciem Etapu II Etap ten będzie realizowany tylko w początkowej fazie Programu, nie będzie powtarzany w każdej edycji	– wzory dokumentacji projektowej i programowej – lista obecności na szkoleniach dla personelu	nie dotyczy
2.	Etap II: Akcja promocyjno-edukacyjna	– wydruk ulotek i plakatów – prowadzenie akcji promocyjno-edukacyjnej	– koordynator – członkowie zespołu realizującego Program	Czas trwania etapu: 2 tygodnie 2 tygodnie przed rozpoczęciem Etapu III oraz przez cały czas trwania Programu, z nasileniem w początkowej fazie realizacji Programu oraz w okresach naboru nowych uczestników.	– ulotki – plakaty	nie dotyczy
3.	Etap III: Badanie	– kwalifikacja formalna – badanie pielęgniarskie wstępne	– pielęgniarka, – lekarz następujących	Czas trwania etapu: 2 tygodnie	– dokumenty projektowe utworzone przez	– spełnienie kryteriów włączenia,

	pacjentów do programu	– wykonanie badań zgodnie ze skierowaniem – badanie lekarskie do udziału w Programie	specjalizacji: kardiologii lub rehabilitacji medycznej – opiekun pacjenta	2 tygodnie przed rozpoczęciem Etapu IV – badanie pielęgniarskie przeprowadzone przed badaniem lekarskim – 1 spotkanie – badanie lekarskie do Programu – 1 spotkanie	Realizatora na etapie wdrażania projektu tj. formularz rekrutacji, Oświadczenia, zgody, regulamin rekrutacji i udziału w programie i in. – Karta badania uczestnika Programu – Test wiedzy pre	wypełnienie dokumentacji projektowej, podpisanie wymaganych zgód, w tym świadomej zgody na udział w Programie, – przejście do badania lekarskiego po odbyciu badania wstępnego pielęgniarskiego i wykonaniu badań określonych w Programie
4.	Etap IV: Moduł rehabilitacyjny	– wizyta diagnostyczna u fizjoterapeuty – zajęcia grupowe (treningowe) – wizyta podsumowująca u fizjoterapeuty	– fizjoterapeuta – opiekun pacjenta	Czas trwania etapu: 8-10 tygodni (pokrywa się z Etapem V, VI): – wizyta diagnostyczna przed rozpoczęciem zajęć grupowych – 1 spotkanie – zajęcia grupowe po wizycie diagnostycznej u fizjoterapeuty – 12 zajęć (2 x w tyg. przez 6 tyg.) maksymalnie po 60 min. – wizyta podsumowująca po zakończeniu udziału w	– Karta świadczeń fizjoterapeutycznych – Listy obecności na zajęciach grupowych	– po włączeniu do udziału w Programie przez lekarza

				zajęciach grupowych – 1 spotkanie		
5.	Etap V: Moduł edukacyjny	Interwencja dietetyka: – spotkanie grupowe z dietetykiem zakresie diety w CHUK – początkowe spotkanie indywidualne z dietetykiem – końcowe spotkanie indywidualne z dietetykiem Interwencja pielęgniarki: – edukacja grupowa w zakresie profilaktyki chorób układu krążenia – edukacja grupowa w zakresie profilaktyki uzależnień od nikotyny	– dietetyk – pielęgniarka z kursem lub specjalizacją w ochronie zdrowia parujących – opiekun pacjenta	Czas trwania etapu: 8-10 tygodni (pokrywa się z Etapem IV, VI): – wizyta diagnostyczna u dietetyka – 1 spotkanie – wizyta końcowa u dietetyka – 1 spotkanie – edukacja grupowa – 3 spotkania (dietetyk - 1, pielęgniarka (profilaktyka CHUK) – 1, pielęgniarka (edukacja antynikotynowa) – 1.	– Karta konsultacji dietetycznych – Karta edukacji – Listy obecności na edukacji grupowej	– po włączeniu do udziału w Programie przez lekarza
6.	Etap VI: Moduł wsparcia psychologiczno-zawodowego	Interwencja psychologa: – wstępna diagnoza psychologiczna – wsparcie psychologiczne dostępne dla potrzebujących Interwencja doradcy zawodowego: – indywidualne spotkanie z doradcą zawodowym	– psycholog – doradca zawodowy – opiekun pacjenta	Czas trwania etapu: 8-10 tygodni (pokrywa się z Etapem IV, V): – diagnoza psychologiczna – 1 spotkanie – wsparcie psychologiczne dla chętnych – 1-5 spotkań – spotkanie z doradcą zawodowym - 1 spotkanie	– Karta konsultacji psychologicznych – Karta oceny doradcy zawodowego	– po włączeniu do udziału w Programie przez lekarza
7.	Etap VII: Zakończenie udziału w Programie	– badanie pielęgniarskie końcowe – wykonanie badań zgodnie ze skierowaniem	– pielęgniarka, – lekarz następujących specjalizacji:	Czas trwania etapu: 2 tygodnie Na zakończenie udziału pacjenta w programie	– Karta badania uczestnika Programu – Test wiedzy post	– zakończenie wszystkich interwencji

		– badanie lekarskie kończące udział w Programie	kardiologii lub rehabilitacji medycznej opiekun pacjenta	– badanie pielęgniarские przeprowadzone przed badaniem lekarskim – 1 spotkanie – badanie lekarskie do Programu – 1 spotkanie	– Ankieta satysfakcji udziału w programie	przewidzianych w programie – przejście do badania końcowego lekarskiego po odbyciu badania końcowego pielęgniarского i wykonaniu badań określonych w Programie
8.	Etap VIII: Monitoring i ewaluacja programu	– ocena zgłaszalności do programu – ocena jakości świadczeń w Programie – porównanie określonych mierników efektywności z przed i po Programie	– koordynator – opiekun pacjenta	– monitoring – przez cały czas trwania Programu – ewaluacja – po zakończeniu realizacji Programu	– sprawozdania okresowe – raporty końcowe	nie dotyczy

Program realizowany będzie przez podmioty wybrane w trybie konkursowym. Realizatorami programu – Beneficjentami – będą podmioty w rozumieniu art. 2 pkt 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2022 r. o zasadach realizacji zadań finansowanych ze środków europejskich w perspektywie finansowej 2021-2027 (Dz. U. poz. 1079, z późn. zm.), na podstawie art. 2 pkt 9 rozporządzenia ogólnego 2021/1060.

W części 4.2. Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych zostały opisane warunki realizacji programu dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych. Świadczenia będą udzielane w dni robocze, w godzinach zarówno przed – jak i popołudniowych.

Po przeprowadzeniu konkursu w jednostce Realizatora zostanie wyznaczony koordynator – odpowiedzialny za przygotowanie personelu do przeprowadzenia planowanych interwencji zgodnie z przedstawionym Programem oraz za przebieg realizacji projektu, sprawozdawczość i wszelkie sprawy formalne. Koordynator dba o zachowanie założeń przyjętych w Programie, a mianowicie:

- wszystkie interwencje zaplanowane do realizowania w ramach Programu będą udzielane uczestnikom nieodpłatnie,
- świadczenia medyczne w ramach Programu nie mogą być kwalifikowane do rozliczeń z innymi płatnikami (np. NFZ, ZUS, KRUS, PFRON),
- wszelkie interwencje zaplanowane w Programie będą udzielane bezpośrednio w siedzibie realizatora,
- dokumentacja projektowa i programowa będzie drukowana przez Realizatorów,
- udzielane świadczenia medyczne muszą opierać się na standardach i wytycznych medycznych popartych badaniami naukowymi, muszą zapewniać uczestnikom maksymalne bezpieczeństwo i być udzielane przez personel dysponujący odpowiednimi kwalifikacjami.

3.6. Sposób zakończenia udziału w regionalnym programie zdrowotnym

Zakończenie udziału w Programie może nastąpić na skutek:

- ukończenia udziału we wszystkich zaplanowanych w Programie interwencjach i sytuacja ta została opisana w Rozdziale 3.5.1 w Etapie VII – Zakończenie udziału w Programie,
- decyzji członków zespołu realizującego Program z powodu braku dalszych możliwości terapii – np. brak współpracy, wystąpienie niepożądanych objawów wykluczających z udziału w Programie, wystąpienie choroby współistniejącej uniemożliwiającej dalszy udział w Programie,
- decyzji uczestnika - udział w Programie jest dobrowolny, każdy uczestnik Programu ma możliwość zakończenia udziału na każdym etapie jego przebiegu.

Na zakończenie swojego udziału w Programie uczestnik otrzymuje informację dla lekarza kierującego o stanie zdrowia i planie postępowania prozdrowotnego.

Uczestnik może kontynuować dalsze leczenie w ramach świadczeń rehabilitacyjnych finansowanych ze środków publicznych – jako świadczenia gwarantowane NFZ, czy prewencja rentowa ZUS.

IV. Organizacja regionalnego programu zdrowotnego

4.1. Etapy programu polityki zdrowotnej i działania podejmowane w ramach etapów

SCHEMAT RPZ

ZDROWE SERCE LUBELSZCZYZNY - PROGRAM KOMPLEKSOWEJ REHABILITACJI KARDIOLOGICZNEJ



ETAP I: PRZYGOTOWANIE ORGANIZACYJNE PROGRAMU

działania organizacyjne, szkoleniowe, promocyjne i administracyjne, które zapewniają spójność, gotowość zespołów oraz skuteczne wdrożenie i realizację kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej.

ETAP II: AKCJA PROMOCYJNO-EDUKACYJNA

kampania informacyjna o Programie na terenie województwa lubelskiego: dystrybucja materiałów promocyjnych, emisja ogłoszeń w lokalnych mediach, organizacja spotkań informacyjno-edukacyjnych.



ETAP III: BADANIE PACJENTÓW DO PROGRAMU

rekrutacja grupy docelowej poprzez zastosowanie kryteriów włączenia i wyłączenia. Przeprowadzana jest także kompleksowa ocena stanu zdrowia pacjenta, obejmująca zarówno chorobę układu krążenia, jak i schorzenia współistniejące.

ETAP IV: MODUŁ REHABILITACYJNY

kluczowy element programu, ukierunkowany na poprawę wydolności fizycznej uczestników, zwiększenie ich sprawności funkcjonalnej oraz wspomaganie powrotu do aktywności codziennej i zawodowej.



ETAP V: MODUŁ EDUKACYJNY

zwiększenie poziomu wiedzy i kompetencji zdrowotnych uczestników programu w zakresie profilaktyki i leczenia chorób układu krążenia, poprzez edukację m.in. związaną z trybem życia, dietą, przyjmowaniem leków, monitorowaniem objawów, itp.

ETAP VI: MODUŁ WSPARCIA PSYCHOLOGICZNO-ZAWODOWEGO

wsparcie pacjentów w radzeniu sobie z psychologicznymi i społecznymi skutkami choroby układu krążenia, której celem jest poprawa jakości życia pacjenta, zwiększenie jego zaangażowania zdrowotnego, powrotu do aktywności życiowej i zawodowej.



ETAP VII: ZAKOŃCZENIE UDZIAŁU W PROGRAMIE

badanie końcowe przeprowadzone przez lekarza, który oceni stan pacjenta, zinterpretuje wyniki, podsumuje udział w Programie, wyda zalecenia i prześle dokumentację do lekarza kierującego do Programu w celu dalszego postępowania.

ETAP VIII: MONITORING I EWALUACJA PROGRAMU

monitorowana będzie ocena zgłaszalności do programu oraz ocena jakości świadczeń w programie. Ewaluacja programu będzie polegać na analizie danych i będzie realizowana po jego zakończeniu w celu oceny efektów prowadzonych działań.



Etap I. Etap przygotowania organizacyjnego programu.

Etap przygotowania organizacyjnego programu stanowi kluczowy fundament jego prawidłowego wdrożenia. Na tym etapie prowadzone są działania, których celem jest zapewnienie spójności, wysokiej jakości oraz operacyjnej gotowości całego systemu realizacyjnego. Obejmuje on opracowanie procedury postępowania z pacjentem na każdym poziomie realizacji programu zdrowotnego, ze szczególnym uwzględnieniem zasad kwalifikacji, przebiegu interwencji i monitorowania postępów uczestników.

Równolegle będą realizowane prace nad przygotowaniem założeń kampanii promocyjno-edukacyjnej, z określeniem jej głównych przekazów i kanałów komunikacji najefektywniejszych dla grupy docelowej tj. ogłoszenia, zaproszenia i informacje publikowane na platformie internetowej programu oraz w postaci ulotek i plakatów. Na tym etapie zostaną zaprojektowane również materiały edukacyjne kierowane do uczestników programu.

Część dotycząca szkolenia Zespołu realizującego Program opisana została w podrozdziale 3.3.1.

Równocześnie prowadzone będą prace administracyjne, w tym utworzenie dokumentacji projektowej i programowej, takie jak formularze, regulaminy, wzory zgód i kart uczestnictwa.

Całość podejmowanych działań ma na celu przygotowanie jednolitych, przejrzystych i efektywnych rozwiązań organizacyjnych, które zapewnią sprawne funkcjonowanie programu w dalszych etapach jego realizacji.

Etap II – VII opisane w rozdziale III „Planowane interwencje”

Etap VIII: Monitoring i ewaluacja Programu

Monitorowanie będzie prowadzone na bieżąco i raportowane po każdej zakończonej edycji programu. Zakończy się wraz z końcem realizacji programu. Ewaluacja programu będzie polegać na analizie danych i będzie realizowana realizowaną po jego zakończeniu w celu oceny efektów prowadzonych działań.

Opis tych działań został przedstawiony w rozdziale V „Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej”.

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

Realizatorzy programu zostaną wyłonieni w procedurze konkurencyjnej zgodnie z przepisami ustawy o zasadach realizacji zadań finansowanych ze środków europejskich w perspektywie finansowej 2021–2027. Podmiotem odpowiedzialnym za przeprowadzenie procedury będzie Instytucja Zarządzająca programem Fundusze Europejskie dla Lubelskiego 2021-2027. Szczegółowe wymagania, które powinien spełnić realizator zostaną określone również w Regulaminie wyboru projektów. Realizator - Beneficjent – oznacza to podmiot w rozumieniu art. 2 pkt 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2022 r. o zasadach realizacji zadań finansowanych ze środków europejskich w perspektywie finansowej 2021-2027 (Dz. U. poz. 1079, z późn. zm.), na podstawie art. 2 pkt 9 rozporządzenia ogólnego 2021/1060.

Realizator powinien zapewnić realizację wszystkich zadań i świadczeń zaplanowanych w programie w zakresie sposobu wykonywania świadczeń, kadry, wyposażenia i warunków lokalowych zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, w tym m. in. odpowiednich rozporządzeń Ministra Zdrowia oraz ustawy o działalności leczniczej oraz wymaganiami określonymi w niniejszym programie.

4.2.1. Zespół realizujący Program:

- 1) Koordynator Programu – specjalista w dziedzinie promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej lub osoba z co najmniej 2 letnim doświadczeniem w realizacji programów polityki zdrowotnej,
- 2) Członkowie zespołu:
 - a) lekarz – kierownik medyczny zespołu: lekarz następujących specjalizacji: kardiologii lub rehabilitacji medycznej
 - b) fizjoterapeuta – magister fizjoterapii lub rehabilitacji ruchowej,
 - c) psycholog – magister psychologii,
 - d) pielęgniarka – badanie wstępne i końcowe pacjenta,
 - e) pielęgniarka z kursem lub specjalizacją w dziedzinie ochrony zdrowia pracujących – edukacja grupowa,
 - f) dietetyk – mgr dietetyki
 - g) doradca zawodowy – posiadający uprawnienia do prowadzenia działalności w zakresie doradztwa,
 - h) opiekun pacjenta w ośrodku realizującym – jego rolą będzie udział w rekrutacji formalnej, kompletowanie dokumentacji pacjenta, umawianie na konsultacje medyczne, umawianie terminów realizacji modułów terapeutycznych, ustalanie terminów ostatniej wizyty kontrolnej, przeprowadzanie ankiet z pacjentami,

Wymagania dotyczące składu zespołu prowadzącego rehabilitację kardiologiczną, zaproponowane przez PTK, wskazują, że kierownikiem zespołu realizującego rehabilitację kardiologiczną powinien być lekarz specjalista w dziedzinie kardiologii z udokumentowanym 2-letnim doświadczeniem w rehabilitacji kardiologicznej w ramach oddziału rehabilitacji kardiologicznej lub ośrodka dziennego rehabilitacji kardiologicznej, lub lekarz specjalista w dziedzinie rehabilitacji w chorobach narządu ruchu lub rehabilitacji ogólnej, lub rehabilitacji, lub rehabilitacji medycznej, lub medycyny fizykalnej i balneoklimatologii, lub fizjoterapii i balneoklimatologii, lub balneoklimatologii i medycyny fizykalnej, lub balneologii, lub balneologii i medycyny fizykalnej z udokumentowanym 2-letnim doświadczeniem w rehabilitacji kardiologicznej w ramach oddziału rehabilitacji kardiologicznej lub ośrodka dziennego rehabilitacji kardiologicznej.

W niniejszym Programie koordynatorem programu jest osoba ze specjalizacją w dziedzinie promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej lub osoba z co najmniej 2 letnim doświadczeniem w realizacji programów polityki zdrowotnej. Decyzja ta wynika z charakteru i zakresu zadań związanych z realizacją programu. Proces zarządzania programem oprócz wiedzy merytorycznej obejmuje bowiem szereg działań wykraczających stricte poza działania medyczne, takich jak: prowadzenie działań promocyjnych i rekrutacyjnych (marketing zdrowotny), planowanie i organizacja harmonogramu działań, zapewnienie odpowiedniego zaplecza organizacyjnego (personel, sprzęt, pomieszczenia), monitorowanie realizacji wskaźników rzeczowych i

finansowych, przygotowywanie sprawozdań i raportów, ewaluacja programu i ocena jego efektywności. Natomiast lekarz jest kierownikiem medycznym zespołu.

Program został zaplanowany jako działanie interwencyjne skierowane do osób pracujących lub bezrobotnych zarejestrowanych w PUP, które zgodnie z wytycznymi Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego (PTK 2021) kwalifikują się do rehabilitacji kardiologicznej, (tj.: stan po ostrych zespołach wieńcowych, stan po rewaskularyzacji mięśnia sercowego, przewlekły zespół wieńcowy, niewydolność serca, stan po implantacji elektronicznych wszczepialnych urządzeń terapeutycznych, stan po naprawie/wymianie zastawek serca, stan po przeszczepieniu serca, stan po implantacji urządzeń do wspomaganie pracy komór serca, obecność wady wrodzonej serca, choroby tętnic obwodowych, stan po incydentach w zakresie naczyń mózgowych.).

4.2.2. Realizatorzy – warunki realizacji programu

Realizatorzy biorący udział w Programie powinni posiadać odpowiednie kompetencje w zakresie rehabilitacji kardiologicznej. W tym celu powinni zapewnić właściwe zasoby kadrowe oraz pełną infrastrukturę. Realizatorami będą mogły zostać podmioty wykonujące działalność leczniczą (art. 4 ust. 1 oraz art. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej).

Realizatorzy w ramach Programu będą zobligowani do świadczenia usług w pomieszczeniach odpowiadających wymaganiom zgodnym z zapisami Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej. Podmiot realizujący będzie posiadać wyroby medyczne, aparaturę i sprzęt leczniczy oraz produkty lecznicze odpowiednie do rodzaju udzielanych świadczeń, opatrzone certyfikatem, atestem lub innym dokumentem potwierdzającym dopuszczenie aparatury i sprzętu medycznego do użytku wraz z potwierdzeniem dokonania aktualnych przeglądów.

Realizator zapewni wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną niezbędne do realizacji modułu rehabilitacyjnego, zgodnie z wymaganiami przedstawionymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia, dotyczącym świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej⁷⁸ oraz zarządzeniu Prezesa NFZ określającym warunki zawierania i realizacji umów w rodzaju rehabilitacja lecznicza

79

Określa się następujące dodatkowe warunki, które powinien spełniać każdy Realizator:

- dostęp do gabinetu fizjoterapeutycznego,
- dostęp do sali fizjoterapii,
- dostęp do gabinetu psychologicznego,
- dostęp do gabinetu dietetycznego,
- dostęp do gabinetu diagnostyczno-zabiegowego z rejestratorem EKG,
- dostęp do gabinetu diagnostycznego ECHO serca lub posiadana umowa w tym zakresie,
- dostęp do laboratorium analitycznego we własnej infrastrukturze lub zapewnienie dostępu do zewnętrznego laboratorium analitycznego na podstawie podpisanej umowy,
- dostęp do defibrylatora/kardiowertera,

⁷⁸ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r... op. cit.

⁷⁹ Zarządzenie Nr 80/2013/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 16 grudnia 2013 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju rehabilitacja lecznicza

- dostęp do sali na spotkania edukacyjne,
 - dostęp do sprzętu umożliwiającego realizację prezentacji audiowizualnych i multimedialnych.
- Realizator zapewni pacjentom dostęp do świadczeń w godzinach dostosowanych do ich pracy zawodowej.

W celu uniknięcia ryzyka powielenia u danego pacjenta świadczeń realizowanych w ramach Programu ze świadczeniami tego samego rodzaju finansowanymi ze środków publicznych, wprowadzone zostały następujące mechanizmy:

- osoby zainteresowane udziałem w Programie podpisują oświadczenie, że nie korzystają/nie korzystały w ciągu 4 miesięcy ze świadczeń rehabilitacyjnych finansowanych ze środków publicznych (Urzędu Marszałkowskiego/NFZ/KRUS/ZUS/PFRON) oraz w ramach innych programów polityki zdrowotnej,
- w przypadku posiadania badań nie starszych niż 3 miesiące, nie będzie wydawane skierowanie na to badanie.

Program będzie finansowany ze środków EFS+. Realizacja programu będzie zgodna z *Wytycznymi dot. kwalifikowalności wydatków na lata 2021–2027*, które wskazują na zakaz podwójnego finansowania wydatków. Realizator będzie zobowiązany do stosowania ww. wytycznych w Umowie o dofinansowanie projektu.

4.2.3. Harmonogram realizacji Programu

Program będzie realizowany w latach 2026 – 2029 w podziale na 20 tygodniowe edycje.

SCHEMAT PPZ ZDROWE SERCE LUBELSZCZYNY PROGRAM KOMPLEKSOWEJ REHABILITACJI KARDIOLOGICZNEJ																				
ETAPY	1 TYDZIEŃ	2 TYDZIEŃ	3 TYDZIEŃ	4 TYDZIEŃ	5 TYDZIEŃ	6 TYDZIEŃ	7 TYDZIEŃ	8 TYDZIEŃ	9 TYDZIEŃ	10 TYDZIEŃ	11 TYDZIEŃ	12 TYDZIEŃ	13 TYDZIEŃ	14 TYDZIEŃ	15 TYDZIEŃ	16 TYDZIEŃ	17 TYDZIEŃ	18 TYDZIEŃ	19 TYDZIEŃ	20 TYDZIEŃ
I																				
II																				
III																				
IV																				
V																				
VI																				
VII																				
VIII																				

V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej

5.1. Monitorowanie

Monitorowanie będzie prowadzone na bieżąco i raportowane po każdej zakończonej edycji programu. Zakończy się wraz z końcem realizacji programu polityki zdrowotnej. W trakcie monitorowania będzie obserwowana ocena zgłaszalności do programu oraz ocena jakości świadczeń w programie. Ocena zgłaszalności do programu będzie monitorowana na podstawie baz danych prowadzonych przez Realizatora.

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. zakończenie realizacji RPZ, wycofanie zgody na uczestnictwo w RPZ).

Monitorowanie programu polityki zdrowotnej będzie prowadzone na bieżąco przez cały okres realizacji programu i zakończy się wraz z jego zakończeniem. Monitorowanie programu będzie prowadzone m.in. poprzez tworzenie okresowych raportów, nie rzadziej niż co 6 miesięcy, w czasie trwania programu. Monitorowanie programu będzie odbywać się w sposób ciągły do momentu jego zakończenia realizacji. Monitorowanie będzie procesem zbierania danych o realizacji programu oraz kontrolowania przebiegu i postępu działań. Pomoże również w identyfikacji czynników ryzyka, które mogą pojawić się w trakcie realizacji programu i dzięki temu możliwe będzie wdrożenie działań zaradczych / naprawczych.

5.1.1. Ocena zgłaszalności do Programu

Ocena zgłaszalności do programu prowadzona będzie po każdej zakończonej edycji programu oraz całościowo po zakończeniu programu poprzez analizę:

- liczby osób uczestniczących w szkoleniach dla kadry medycznej w programie,
- liczby osób uczestniczących w badaniu pielęgniarskim wstępnym do programu,
- liczby osób uczestniczących w badaniu lekarskim do programu,
- liczby osób uczestniczących w module rehabilitacyjnym w programie,
- liczby osób uczestniczących w module edukacyjnym z dietetykiem w programie,
- liczby osób uczestniczących w module edukacyjnym z pielęgniarką w programie,
- liczby osób uczestniczących w module wsparcia psychospołecznego z psychologiem w programie,
- liczby osób uczestniczących w module wsparcia psychospołecznego z doradcą zawodowym w programie,
- liczby osób, które ukończyły pełną ścieżkę wsparcia w programie,
- liczby osób uczestniczących w badaniu pielęgniarskim kończącym udział w programie,
- liczby osób uczestniczących w badaniu lekarskim kończącym udział w programie,
- liczby osób, które zrezygnowały z udziału w programie na poszczególnych etapach jego trwania,
- liczbę osób, które nie zostały objęte świadczeniami programu z przyczyn zdrowotnych lub z innych powodów, ze wskazaniem tych powodów

5.1.2 Ocena jakości świadczeń w Programie

Ocena jakości realizowanych świadczeń będzie prowadzona całościowo i wieloaspektowo po zakończeniu udziału w Programie, z uwzględnieniem poniższych działań:

- ankieta satysfakcji pacjenta – każdemu uczestnikowi zostanie udostępniona anonimowa ankieta oceniająca m.in. jakość obsługi, poziom komunikacji, poczucie bezpieczeństwa, zrozumiałość przekazywanych treści oraz ogólną ocenę Programu,
- standaryzacja działań terapeutycznych i edukacyjnych – wszyscy realizatorzy Programu będą działać w oparciu o jednolite procedury i formularze dokumentacji, co umożliwi porównywalność danych i kontrolę jakości na każdym etapie,
- analiza wskaźników medycznych i funkcjonalnych (np. 6MWT, EQ-5D-5L, IPAQ): pozwoli na ocenę skuteczności interwencji terapeutycznych w sposób obiektywny i mierzalny,
- nadzór merytoryczny nad personelem – regularne spotkania zespołu realizującego Program w celu wymiany doświadczeń, bieżącej oceny trudności oraz ujednolicenia działań,
- monitoring zgodności realizacji świadczeń z harmonogramem i zakresem Programu, w tym liczby i rodzaju przeprowadzonych konsultacji oraz sesji grupowych,
- Identyfikację ewentualnych czynników zakłócających przebieg Programu.

Wyniki monitoringu będą służyły zarówno bieżącemu usprawnianiu realizacji Programu, jak i opracowaniu raportu końcowego, zawierającego ocenę efektywności, trafności i jakości działań w odniesieniu do założonych celów.

5.2. Ewaluacja

Ewaluacja programu będzie polegać na analizie danych i będzie realizowana po jego zakończeniu w celu oceny efektów prowadzonych działań.

Ewaluacja będzie opierała się na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu polityki zdrowotnej i stanu po jego zakończeniu, z wykorzystaniem zdefiniowanych mierników efektywności odpowiadających celom programu polityki zdrowotnej. Ewaluacja Programu zostanie przeprowadzona poprzez porównanie wartości wskazanych powyżej mierników efektywności przed rozpoczęciem oraz po zakończeniu jego realizacji i będzie dokonana na podstawie pre-testów i post-testów oraz kwestionariuszy wykorzystywanych w programie (test wiedzy, 6MWT, EQ-5D-5L, IPAQ). Kluczowym elementem oceny skuteczności będą zmiany zaobserwowane w poziomie tych wskaźników:

- odsetek uczestników Programu z poprawą wyniku 6-minutowego testu marszowego o $\geq 10\%$,
- odsetek uczestników Programu, którzy osiągnęli poprawę wyniku testu wiedzy lub utrzymali wysoki poziom wiedzy (min. 80% początkowo lub wzrost o min. 10%),
- odsetek uczestników Programu, którzy utrzymali lub podjęli aktywność zawodową,
- odsetek uczestników Programu, u których doszło do poprawy w zakresie czynników ryzyka tj. zmniejszenie masy ciała u osób z nadwagą/otyłością, zwiększenie aktywności fizycznej, regularnego przyjmowanie leków,
- odsetek uczestników Programu, którzy ograniczyli lub zaprzestali używania tych produktów,
- odsetek uczestników z nieprawidłowymi wynikami CTK, którzy osiągnęli wartości prawidłowe po zakończeniu udziału w Programie,

- odsetek uczestników z nieprawidłowymi wynikami glukozy lub lipidogramu, którzy osiągnęli wartości prawidłowe po zakończeniu udziału w Programie,
- odsetek osób, u których doszło do poprawy życia w związku z udziałem w Programie.

Efektem przeprowadzonej ewaluacji będzie opracowanie przez Realizatora raportu ewaluacyjnego. Raport ten, poza wskazanymi poniżej miernikami efektywności, będzie również zawierać opis innych wskaźników epidemiologicznych, dostępnych w statystyce publicznej, dotyczących problemu ChUK na obszarze województwa oraz kraju (np. zachorowalność, chorobowość, liczba zgonów).

Na zakończenie realizacji projektu, każdy z realizatorów / beneficjentów zobowiązany będzie do przygotowania Raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej zgodnie z 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 sporządzenia projektu programu polityki zdrowotnej i raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej.

Skuteczność programu zostanie zbadana przy okazji realizacji ewaluacji wpływu Priorytetu VIII i IX, w ramach których w programie FEL 2021-2027 realizowane są Regionalne Programy Zdrowotne. Ocena skuteczności programu zostanie dokonana w oparciu o zdefiniowane mierniki efektywności, odpowiadające celowi głównemu oraz celom szczegółowym.

Dodatkowo Realizator zobowiązany będzie do prowadzenia monitorowania realizacji projektu oraz wskaźników związanych z systemem realizacji programu Fundusze Europejskie dla Lubelskiego 2021-2027 wynikające z:

- Wytocznych dotyczących monitorowania postępu rzeczowego realizacji programów na lata 2021-2027,
- Wytocznych dotyczących warunków gromadzenia i przekazywania danych w postaci elektronicznej na lata 2021-2027,
- Listy Wskaźników Kluczowych 2021-2027 – EFS+.

Szczegółowe zasady dotyczące monitorowania uczestników projektu oraz wskaźników określone zostaną w Regulaminie wyboru projektów oraz w Umowie o dofinansowanie Projektu.

Dotyczyć to będzie monitorowania w szczególności takich wskaźników jak:

- Liczba osób objętych wsparciem w obszarze zdrowia (wskaźnik produktu – PLDKCO01)
- Liczba osób, które dzięki wsparciu w obszarze zdrowia podjęły pracę lub kontynuowały zatrudnienie (wskaźnik rezultatu – PLDCR03).

VI. Budżet programu polityki zdrowotnej

Całkowity koszt realizacji regionalnego programu zdrowotnego pn. „Zdrowe serce Lubelszczyzny – program kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej” został oszacowany na kwotę **12 003 328,00 zł**.

Realizacja programu powinna zakończyć się do końca 2029 r. (w tym rozliczenie finansowe wydatków).

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

Poniższe wyliczenia są jedynie 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. Wnioskodawca na etapie wniosku o dofinansowanie przygotuje szczegółowy budżet projektu. Przygotowany przez Wnioskodawcę 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 Wytycznych kwalifikowalności. We wniosku o dofinansowanie projektu beneficjent przedstawia koszty bezpośrednie w formie budżetu zadaniowego oraz koszty pośrednie, o których mowa w podrozdziale 3.12. Wytycznych kwalifikowalności wydatków na lata 2021-2027. Dodatkowo, we wniosku o dofinansowanie projektu wykazywany jest szczegółowy budżet ze wykazem jednostkowych kosztów bezpośrednich, który jest podstawą oceny kwalifikowalności wydatków na etapie oceny.

Koszty pośrednie będą stanowiły odpowiedni % kosztów bezpośrednich założonych w projekcie – zgodnie z przepisami, które obowiązują w perspektywie finansowej na lata 2021-2027.

6.1. Budżet i metodologia szacowania kosztów programu

Koszty programu zostały skalkulowane w oparciu o analizę rynkowych stawek jednostkowych. Analiza ta objęła koszty osobowe personelu medycznego i niemedycznego zaangażowanego w realizację programu, a także stawki za niezbędne materiały i usługi. W strukturze kosztów wyróżniono następujące kategorie:

- koszty przygotowawcze: obejmujące koszty szkolenia personelu programu, druku materiałów promocyjnych i edukacyjnych oraz dokumentacji programowej,
- koszty związane z uczestnictwem pacjenta w programie: dotyczące wizyt pielęgniarskich (wstępnej i końcowej), wizyt lekarskich (wstępnej i końcowej), konsultacji fizjoterapeutycznych wraz z zajęciami grupowymi, kosztów badań diagnostycznych (laboratoryjnych, EKG i ECHO serca), konsultacji psychologicznych, konsultacji dietetycznych, edukacji zdrowotnej prowadzonej przez pielęgniarkę oraz konsultacji z doradcą zawodowym,
- koszty personelu organizacyjnego i zarządzającego: obejmujące wynagrodzenia koordynatora projektu i opiekuna pacjenta w programie.

6.2. Koszty jednostkowe

6.2.1. Koszty przygotowawcze

Działania szkoleniowe w ramach programu przewidziano dla 250 uczestników. Szkolenia będą realizowane w trybie grupowym, w formie jednodniowej, obejmującej 5 godzin edukacyjnych (45-minutowych). Na podstawie przeprowadzonego rozeznania rynkowego, koszt jednostkowy oszacowano na 50,00 PLN za osobę uczestniczącą w szkoleniu. Kwota ta obejmuje wszystkie koszty związane z przeprowadzeniem szkolenia, w tym: wynagrodzenie wykładowcy, wynajem sali. Koszt organizacji szkolenia dla grupy 15-osobowej wynosi ok. 750,00 PLN. Łączny koszt przeszkolenia personelu projektu został oszacowany na: **12 500,00 zł**

Koszty przygotowawcze w zakresie opracowania i wydruku materiałów promocyjnych, edukacyjnych oraz dokumentacji programowej obejmują szereg wydatków niezbędnych do efektywnego uruchomienia i komunikacji programu. Obejmują:

- koszty opracowania i wydruku 8 745 ulotek: 0,20 zł/szt. – razem: **1 749,00 zł** (koszty pośrednie w budżecie projektu),
- koszt opracowania i wydruku 1 500 plakatów: 1,40 zł/szt. – razem: **2 100,00 zł**, (koszty pośrednie w budżecie projektu),
- koszt opracowania i wydruku dokumentacji projektowej: dokumentacja rekrutacyjna i pozostała projektowa: 3 900 szt. x 10,00 zł/komplet – razem: **39 000,00 zł** (koszty pośrednie w budżecie projektu),
- koszt opracowania i wydruku dokumentacji medycznej (3 915 szt.): 10,00 zł/komplet – razem: **39 150,00 zł**,
- koszt opracowania i wydruku materiałów edukacyjnych (3 950 szt.): 25,00 zł/szt. – razem: **94 800,00 zł**.

6.2.2. Koszt interwencji

Szacowany koszt wykonania pełnego świadczenia dla jednego uczestnika programu wynosi około **3 117,73 zł** (przy ilości pacjentów: 3 850). Łączny koszt przewidziany na liczbę pacjentów kwalifikujących się do udziału w programie wynosi **12 003 244,00 zł**. Szczegółowe stawki jednostkowe są następujące:

- Porada realizowana przez pielęgniarkę: 150,00 PLN/1 osobę/1 godzinę.
Wizyta wstępna i końcowa, łącznie 2 godziny – suma: 300,00 zł.
- Konsultacja lekarska: 200,00 zł/1 osobę/1 godzinę.
Wizyta wstępna i końcowa, łącznie 2 godziny – suma: 400,00 zł.
- Porada realizowana przez fizjoterapeutę – indywidualna: 150,00 zł/1 osobę/1 godzinę.
Wizyta wstępna i końcowa, łącznie 2 godziny – suma: 300,00 zł.
- Zajęcia grupowe realizowane przez fizjoterapeutę: 300,00 zł/1 grupę, 12 zajęć – suma: 3 600,00 zł.
- Konsultacja psychologiczna: 150,00 zł/1 osobę/1 godzinę,
– suma: 150,00 zł.
- Koszty testów psychologicznych: 10,00 zł/1 komplet – suma: 10,00 zł.
- Wsparcie psychologiczne dla 770 osób: 750,00 zł/1 osobę (150,00zł x 5 wsparć).
- Konsultacja dietetyczna – indywidualna: 150,00 zł/1 osobę/1 godzinę
Wizyta wstępna i końcowa, łącznie 2 godziny – suma: 300,00 zł.

- Konsultacja dietetyczna – grupowa: 300,00 zł/1 osobę/1 godzinę.
- Zajęcia grupowe w zakresie edukacji zdrowotnej (pielęgniarka): 300,00 zł/1 grupę/2 zajęcia grupowe – suma: 600,00 zł.
- Konsultacja z doradcą zawodowym: 150,00 zł/1 osobę/2 godziny – suma: 300,00 PLN.
- Koszty diagnostyki (wykonywane dwukrotnie): morfologia (16,00 zł), lipidogram (40,00 zł), stężenie glukozy (11,00 zł), stężenie kwasu moczowego (11,00 zł), EKG spoczynkowe (40,00 zł), ECHO serca (200 zł) –co daje 318,00 zł/1 osobę za pakiet wstępny badań oraz 118,00 zł/ 1 osobę za pakiet końcowy– suma za koszty diagnostyki dla jednej osoby wynosi: 436,00 zł.

6.2.3. Koszty personelu organizacyjnego i zarządzającego

- Koordynator projektu: 896,00 zł/1 edycję realizacji programu (*1 edycja = 1 grupa 10-osobowa).
- Koszty zarządu: 717,00 zł/1 edycję realizacji programu (*1 edycja = 1 grupa 10-osobowa).
- Opiekun pacjenta: 111,00 zł/1 osobę/1 godzinę.

Należy zaznaczyć, że koszt jednostkowy dla poszczególnego uczestnika Programu może wykazywać wahania w zależności od dostępności aktualnych badań laboratoryjnych u pacjenta, lokalizacji świadczenia (rejon województwa) oraz stawek zaproponowanych przez poszczególnych Realizatorów Programu.

6.3. Koszty całkowite

Na realizację niniejszego programu zaplanowano środki finansowe w wysokości **12 003 244 zł**. W 2026 r. planuje się ogłoszenie naboru wniosku o dofinansowanie projektów na realizację RPZ w ramach programu Fundusze Europejskie dla Lubelskiego 2021-2027. W przypadku dostępności środków nabór może zostać powtórzony.

Szczegółowe zestawienie kosztów przedstawia tabela poniżej:

ILOŚĆ OSÓB:							3 850,00
LP.	ZADANIE	STAWKA JEDNOSTKOWA	ILOŚĆ INTERWENCJI	JEDNOSTKA KOSZTU/ INTERWENCJI	ILOŚĆ	KOSZT	RAZEM KOSZT ETAPU
KOSZTY BEZPOŚREDNIE							
ETAP I: Przygotowanie organizacyjne programu	1	szkolenie personelu	50,00	1	osoba	250*	12 500,00
	2	wydruk dokumentacji medycznej	10,00	1	komplet	3 915	39 150,00
	3	wydruk materiałów edukacyjnych	24,00	1	komplet	3 950	94 800,00
Etap III: Badanie pacjentów do programu ETAP VII: Zakończenie udziału w programie	4	wizyta wstępna - pielęgniarka	150,00	1	osoba	3 850	577 500,00
	5	wizyta wstępna - lekarz	200,00	1	badanie	3 850	770 000,00
	6	echo serca	200,00	1	badanie	3 850	770 000,00
	7	morfologia	16,00	2	badanie	3 850	123 200,00
	8	lipidogram (cholesterol całkowity, LDL, HDL, TG)	40,00	2	badanie	3 850	308 000,00
	9	stężenie glukozy	11,00	2	badanie	3 850	84 700,00
	10	stężenie kwasu moczowego	11,00	2	badanie	3 850	84 700,00
	11	EKG	40,00	2	badanie	3 850	308 000,00
	12	wizyta końcowa - pielęgniarka	150,00	1	wizyta	3 850	577 500,00
	13	wizyta końcowa - lekarz	200,00	1	badanie	3 850	770 000,00
ETAP IV: Moduł rehabilitacyjny	14	konsultacja fizjoterapeutyczna - wstępna i podsumowująca	150,00	2	wizyta	3 850	1 155 000,00
	15	zajęcia grupowe z fizjoterapeutą	300,00	12	grupa	385	1 386 000,00
ETAP V: Moduł edukacyjny	16	konsultacja dietetyczna - indywidualna- diagnostyczna i końcowa	150,00	2	osoba	3 850	1 155 000,00
	17	edukacja dietetyczna - grupowa	300,00	1	grupa	385	115 500,00

	18	edukacja zdrowotna - pielęgniarka	300,00	2	grupa	385	231 000,00	
ETAP V: Moduł wsparcia psychologiczno- zawodowego	19	konsultacja wstępna - psychologiczna	150,00	1	osoba	3 850	577 500,00	2 349 490,00
	20	testy psychologiczne	10,00	1	komplet	3 949	39 490,00	
	21	wsparcie psychologiczne	150,00	5	osoba	770**	577 500,00	
	22	konsultacja z doradcą zawodowym	300,00	1	wizyta	3 850	1 155 000,00	
RAZEM KOSZTY BEZPOŚREDNIE							10 912 040,00	10 912 040,00
KOSZTY POŚREDNIE - 10% KOSZTÓW BEZPOŚREDNICH								1 091 204,00
ETAP I: Przygotowanie organizacyjne programu	1	wydruk ulotek	0,20	1	ulotka	8 745	1 749,00	42 849,00
	2	wydruk plakatów	1,40	1	plakat	1 500	2 100,00	
	3	wydruk dokumentacji projektowej (rekrutacyjna i pozostała projektowa)	10,00	1	komplet	3 900	39 000,00	
ETAP VIII: Monitoring i ewaluacja programu	4	koordynator programu	896,00	1	grupa	385	344 960,00	1 048 355,00
	5	koszty zarządu	717,00	1	grupa	385	276 045,00	
	6	opiekun pacjenta	111,00	1	osoba	3 850	427 350,00	
RAZEM KOSZTY POŚREDNIE							1 091 204,00	1 091 204,00
OGÓŁEM KOSZTY PROGRAMU							12 003 244,00	12 003 244,00

*Przy założeniu: 1 realizator Programu – około 250 pacjentów, co daje 15 realizatorów, a każdy realizator przeszkoli około 16 osób personelu realizującego Program

**Liczba 770 osób określana na podstawie przewidywanej ilości osób korzystających z dodatkowego wsparcia psychologicznego w trakcie realizacji Programu – przyjęto, że będzie to 20% uczestników Programu.

Przedstawiony budżet nie stanowi katalogu zamkniętego wydatków. Na etapie składania wniosku o dofinansowanie Wnioskodawca będzie miał możliwość ujęcia innych wydatków niezbędnych do realizacji planowanych interwencji w ramach projektu. Na potrzeby stworzenia szacunkowego budżetu programu założono, że koszty pośrednie będą stanowić 10% całkowitych łącznych kosztów bezpośrednich.

6.4. Źródła finansowania

Realizacja regionalnego programu zdrowotnego pn. „**Zdrowe serce Lubelszczyzny – program kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej**” 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, o zwiększeniu wysokości środków na dany nabór.

Montaż finansowy w ramach realizowanych projektów:

- ✓ finansowanie z Unii Europejskiej – środki Europejskiego Funduszu Społecznego Plus – 85% wartości projektu,
- ✓ środki budżetu państwa – 5% wartości projektu,
- ✓ wkład własny beneficjenta / realizatora projektu – 10% wartości projektu.

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.

Spis wykresów:

- Rys. 1 Liczba dni absencji w Polsce ogółem, w tym z powodu chorób układu krążenia (w mln)
- Rys. 2 Oprac. własne na podstawie danych ZUS: Liczba dni absencji z powodu chorób układu krążenia w województwach na 100 tys mieszkańców
- Rys. 3 Oprac. własne na podstawie danych ZUS, Liczba zaświadczeń z powodu chorób układu krążenia w województwach na 100 tys mieszkańców
- Rys. 4 Oprac. własne na podstawie danych GUS: Ludność województwa lubelskiego (w osobach) w latach 2020-2023
- Rys. 5 Oprac. własne na podstawie danych GUS: Urodzenia żywe, zgony, przyrost naturalny (w osobach) w latach 2020-2023
- Rys. 6 Oprac. własne na podstawie danych GUS: Mediana wieku kobiet i mężczyzn (wiek) w latach 2020-2023
- Rys. 7 Oprac. własne na podstawie danych GUS: Przeciętne trwanie życia kobiet i mężczyzn (wiek) w latach 2020-2023
- Rys. 8 Oprac. własne na podstawie danych GUS: Ludność w wieku przedprodukcyjnym, produkcyjnym i poprodukcyjnym w osobach w latach 2020-2023
- Rys. 9 Oprac. własne na podstawie danych GUS: bezrobotni zarejestrowani ogółem w osobach i stopa bezrobocia rejestrowanego w latach 2020-2023
- Rys. 10 Oprac. własne na podstawie danych GUS: Ludność w województwach w-2023 (w tys.)
- Rys. 11 Oprac. własne na podstawie danych GUS: Prognoza demograficzna dla osób 65+ dla Polski na lata 2040 i 2060
- Rys. 12 Oprac. własne na podstawie danych Map potrzeb zdrowotnych na lata 2022-2026, Analizy, Epidemiologia, Liczba i udział zgonów w Polsce wg 5 głównych przyczyn w roku 2021
- Rys. 13 Oprac. własne na podstawie danych Map potrzeb zdrowotnych na lata 2022-2026, Analizy, Epidemiologia, Liczba i udział zgonów w Polsce wg 5 głównych przyczyn w roku 2022
- Rys. 14 Oprac. własne na podstawie danych Map potrzeb zdrowotnych na lata 2022-2026, Analizy, Epidemiologia, Liczba i udział zgonów w Polsce wg 5 głównych przyczyn w roku 2023
- Rys. 15 Oprac. własne na podstawie danych Map potrzeb zdrowotnych na lata 2022-2026, Analizy, Epidemiologia, Liczba i udział zgonów w Polsce wg 5 głównych przyczyn w roku 2023, I00-I99 Choroby układu krążenia zgony wg województw 2022-2023
- Rys. 16 Oprac. własne na podstawie danych ZUS, Wydatki na świadczenia z ubezpieczeń społecznych związane z niezdolnością do pracy w 2023 r.
- Rys. 17 Oprac. własne na podstawie: „Funkcjonowanie programu KOS-zawał”, Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia, Warszawa, październik 2023, Liczba świadczeniodawców realizująca program KOS - zawał w grudniu 2022 roku

Bibliografia

1. WHO. Cardiovascular diseases (CVDs) – Key facts, 2023, https://www.who.int/health-topics/cardiovascular-diseases#tab=tab_1
2. GUS. Rocznik Statystyczny Rzeczypospolitej Polskiej 2023
3. Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych – X Rewizja, Tom I, wydanie 2008.
4. Proces leczenia w Polsce – analizy i modele. Tom II Kardiologia, (red.) Barbara Więckowska, Ministerstwo Zdrowia, Warszawa 2015,
5. Raport końcowy, Ocena skuteczności wybranych programów profilaktycznych w ramach Poddziałania 2.3.1 PO KL, 2021.
6. Współczesne wyzwania w ochronie zdrowia, Tom 11, praca zbiorowa pod red. Krystyny Klimaszewskiej, Elżbiety Krajewskiej-Kułąk, Białystok 2024
7. Urząd Statystyczny w Lublinie, Stan i ruch naturalny ludności w województwie lubelskim w 2023 r.
8. Prognoza ludności na lata 2023–2060, GUS, Warszawa 2023
9. Ludność. Stan i struktura oraz ruch naturalny w przekroju terytorialnym w 2023 r., GUS Warszawa 2023
10. Mapy potrzeb zdrowotnych, Analiza: Wpływ pandemii COVID-19 na potrzeby zdrowotne w Polsce Choroby sercowo-naczyniowe, Warszawa 2022
11. Raport „Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania – 2025” Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH Państwowy Instytut Badawczy Warszawa 2025.
12. Mapa potrzeb zdrowotnych na okres od 1 stycznia 2022 r. do 31 grudnia 2026 r. Warszawa, Sierpień 2021
13. Institute for Health Metrics and Evaluation, GBD Result Tool, <https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/>, dostęp: 04.07.2025 r.
14. Protocol For The Global Burden Of Diseases, Injuries, And Risk Factors Study (GBD), vol.4.0, IHME, Seattle, 2020.
15. Topór-Mądry R. i in., Identyfikacja najważniejszych problemów i potrzeb zdrowotnych populacji Polski i jej województw na podstawie aktualnych wyników badania Global Burden of Disease (GBD), W: Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania, 2022, red. B. Wojtyniak i p. Goryński, NIZP PZH – PIB, Warszawa 2022.
16. ZUS, Wydatki na świadczenia z ubezpieczeń społecznych związane z niezdolnością do pracy w 2023 r.
17. Opinia Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji nr 146/2018 z dnia 27 lipca 2018 r.
[<https://profibaza.pzh.gov.pl/sites/default/files/pliki/Archiwum/AOTMiT/Opinie/2018/OP-0146-2018.pdf>; dostęp: 04.07.2025].
18. Jegier A, Szalewska D, Mawlichanów A, et al. Comprehensive cardiac rehabilitation as the keystone in the secondary prevention of cardiovascular disease. Kardiologia Pol 2021; 79 (7–8): 901–916, doi: 10.33963/KP.a2021.0066
19. Funkcjonowanie programu KOS-zawał, Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia, Warszawa, październik 2023,

20. Ścieżka kardiologiczna opieki koordynowanej, Polskie Towarzystwo Medycyny Rodzinnej (PTMR), <https://koordynowana.pl/wp-content/uploads/2024/08/Sciezka-kardiologiczna.pdf> (dostęp: 04.07.2025 r.)
21. Opieka koordynowana w POZ, <https://ptmr.info.pl/opieka-koordynowana-w-poz/> (dostęp: 04.07.2025 r.)
22. Informacja o wynikach kontroli pn. Rehabilitacja lecznicza realizowana przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych w ramach prewencji rentowej, NIK 2021,
23. Ustawa z dnia 6 grudnia 2006 r. o zasadach prowadzenia polityki rozwoju Dz.U. 2021 poz. 1057. Przyjęty uchwałą nr 196/2021 Rady Ministrów z dnia 27 grudnia 2021 r. w sprawie ustanowienia polityki publicznej pt. „Zdrowa Przyszłość. Ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r.
24. Program Fundusze Europejskie dla Lubelskiego 2021-2027 (przyjęty przez Zarząd Województwa Lubelskiego Uchwałą nr CDXVII/7223/2022 z dnia 13 grudnia 2022 roku) zatwierdzony przez Komisję Europejską decyzją wykonawczą nr C(2022)8382 z dnia 24 listopada 2022 roku.
25. Obwieszczenie Wojewody Lubelskiego z dnia 31 grudnia 2024 r. w sprawie ogłoszenia zaktualizowanego Wojewódzkiego Planu Transformacji dla województwa lubelskiego na lata 2022-2026 (Dz. Urz. Woj. Lub. 2021.6121)
26. Program Strategiczny Ochrony Zdrowia województwa lubelskiego, Załącznik do uchwały nr CCLXXXIX/5107/2021 Zarządu Województwa Lubelskiego z dnia 24 sierpnia 2021 r.
27. Uchwała Nr XXIV/406/202 Sejmiku Województwa Lubelskiego z dnia 29 marca 2021 r. w sprawie przyjęcia Strategii Rozwoju Województwa Lubelskiego 2030,
28. ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice . European Heart Journal, Volume 42, Issue 34, 7 September 2021, Pages 3227–3337.
29. 2023 AHA/ACC/ACCP/ASPC/NLA/PCNA Guideline for the Management of Patients With Chronic Coronary Disease. J Am Coll Cardiol. 2023 Aug, 82 (9) 833–955.
30. Acute coronary syndromes, NICE guideline [NG185] [<https://www.nice.org.uk/guidance/NG185>], Dostęp: 04.07.2025 r.
31. SIGN 150, Cardiac rehabilitation [<https://www.sign.ac.uk/our-guidelines/cardiac-rehabilitation/>].
32. Package of interventions for rehabilitation, Informacje WHO [<https://www.who.int/teams/noncommunicable-diseases/sensory-functions-disability-and-rehabilitation/rehabilitation/service-delivery/package-of-interventions-for-rehabilitation>]; Dostęp: 04.07.2025 r.]
33. Rekomendacje w Zakresie Realizacji Kompleksowej Rehabilitacji Kardiologicznej, Stanowisko Ekspertów Sekcji Rehabilitacji Kardiologicznej i Fizjologii Wysiłku Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego, Gdańsk 2017.
34. Jegier A, Szalewska D, Mawlichanów A, et al. Comprehensive cardiac rehabilitation as the keystone in the secondary prevention of cardiovascular disease. Kardiologia Polska 2021; 79(7–8): 901–916, doi: 10.33963/KP.a2021.0066
35. Jolliffe JA, Rees K, Taylor RS, Thompson D, Oldridge N, Ebrahim S. Rehabilitacja oparta na ćwiczeniach w chorobie niedokrwiennej serca. Baza danych Cochrane Syst Rev. 2001; (1):CD001800. doi: 10.1002/14651858.CD001800. Aktualizacja w: Cochrane Database Syst Rev. 2011 Jul 06; (7):CD001800. doi: 10.1002/14651858.CD001800.pub2.PMID: 11279730.

36. Piepoli M.F. et al. (2010). Secondary prevention through cardiac rehabilitation: from knowledge to implementation. A position paper from the Cardiac Rehabilitation Section of the European Association of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation, European journal of cardiovascular prevention and rehabilitation, Volume 17, Issue 1, 1 February 2010
37. Rekomendacja nr 24/2019 Prezesa AOTMiT z dnia 19 kwietnia 2019 r. w sprawie zmiany technologii medycznej w zakresie rehabilitacji kardiologicznej
38. Wood DA, EUROACTION Study Group. Nurse-coordinated multidisciplinary, family-based cardiovascular disease prevention programme (EUROACTION) for patients with coronary heart disease and asymptomatic individuals at high risk of cardiovascular disease: a paired, cluster-randomised controlled trial. Lancet. 2008 Jun 14;371(9629):1999-2012. doi: 10.1016/S0140-6736(08)60868-5. PMID: 18555911.
39. Becevic M, Boren S, Mutrux R, Shah Z, Banerjee S. User Satisfaction With Telehealth: Study of Patients, Providers, and Coordinators. Health Care Manag (Frederick). 2015 Oct-Dec;34(4):337-49. doi: 10.1097/HCM.0000000000000081. PMID: 26506296.
40. Definicja, zadania, etapy i efekty rehabilitacji kardiologicznej, [w:] Folia Cardiol 2004, tom 11, supl. A, A1–A3 Copyright © 2004 Via Medica.
41. Funkcjonowanie programu KOS-zawał, Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia, Departament Analiz, Monitorowania Jakości i Optymalizacji Świadczeń, Warszawa, październik 2023
42. Sinaiko AR, Jacobs DR Jr, Woo JG, Bazzano L, Burns T, Hu T, Juonala M, Prineas R, Raitakari O, Steinberger J, Urbina E, Venn A, Jaquish C, Dwyer T. The International Childhood Cardiovascular Cohort (i3C) consortium outcomes study of childhood cardiovascular risk factors and adult cardiovascular morbidity and mortality: Design and recruitment. Contemp Clin Trials. 2018 Jun;69:55-64. doi: 10.1016/j.cct.2018.04.009. Epub 2018 Apr 22. PMID: 29684544; PMCID: PMC5964041.
43. Uchwała nr 247 Rady Ministrów z dnia 6 grudnia 2022 r. w sprawie ustanowienia programu wieloletniego pn. Narodowy Program Chorób Układu Krążenia na lata 2022-2032 (M.P. 2022 poz. 1265, ze zm.)
44. Program UE dla zdrowia na lata 2021–2027 – wizja zdrowszej Unii Europejskiej https://health.ec.europa.eu/funding/eu4health-programme-2021-2027-vision-healthier-european-union_pl, dostęp: 30.06.2025 r.
45. Trwanie życia w 2023 r., GUS, Warszawa 2024.
46. Rehabilitacja kardiologiczna równie ważna jak farmakoterapia [w:] <https://pulsmedycyny.pl/medycyna/kardiologia/rehabilitacja-kardiologiczna-rownie-wazna-jak-farmakoterapia/> Wrzesień 2014, Dostęp: 04.07.2025 r.
47. Rehabilitacja kardiologiczna na przykładzie postępowania w przewlekłej niewydolności serca, [w:] <https://www.praktycznafizjoterapia.pl/arttykul/rehabilitacja-kardiologiczna-na-przykladzie-postepowania-w-przewleklej-niewydolnosci-serca> Styczeń 2014 r. Aktualizacja: 11 marca 2025 r.
48. Kai SHY, Ferrières J, Rossignol M, Bouisset F, Herry J, Esquirol Y. Prevalence and determinants of return to work after various coronary events: meta-analysis of prospective studies. Sci Rep. 2022 Sep 12;12(1):15348. doi: 10.1038/s41598-022-19467-z. PMID: 36097026; PMCID: PMC9468005.
49. Reiner Z, Catapano AL, De Backer G et al. ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: The Task Force for the management of dyslipidaemias of the European

- Society of Cardiology (ESC) and the European Atherosclerosis Society (EAS). Eur Heart J, 2011; 32: 1769–1818
50. Zarządzenie Nr 80/2013/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 16 grudnia 2013 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju rehabilitacja lecznicza
 51. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej
 52. Wytyczne ESC dotyczące rozpoznawania i leczenia przewlekłych zespołów wieńcowych (The European Society of Cardiology 2019)
 53. Knuuti, J. et al. (2020). ESC Guidelines for the diagnosis and management of chronic coronary syndromes. European Heart Journal.
 54. Williams, B. et al. (2018). 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. European Heart Journal.
 55. Polskie Towarzystwo Nadciśnienia Tętniczego, Zasady postępowania w nadciśnieniu tętniczym 2019 rok, Wytyczne Polskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego.
 56. McDonagh, T.A. et al. (2021). ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. Eur Heart J.
 57. Ponikowski, P. et al. (2021). ESC HF Guidelines.
 58. <https://www.msmanuals.com/professional/cardiovascular-disorders/arrhythmogenic-cardiac-disorders/early-repolarization-syndrome>
 59. <https://www.mp.pl/pacjent/choroby-ukladu-krazenia/choroby/292479,arytmie-komorowe>
 60. Al-Khatib, S.M. et al. (2017). AHA/ACC/HRS Guidelines for the Management of Patients With Ventricular Arrhythmias.
 61. Libby, P., Bonow, R. O., Mann, D. L., Tomaselli, G. F., Bhatt, D. L., Solomon, S. D., & Braunwald, E. (2021). Braunwald's Heart Disease: A Textbook of Cardiovascular Medicine: 2 Vol Set.
 62. Kusumoto, F.M. et al. (2019). HRS/ACC/AHA Expert Consensus on Bradycardia and Conduction Disorders.

Załączniki:

- Zał. 1 Karta badania uczestnika Programu
- Zał. 2 Karta konsultacji fizjoterapeutycznych
- Zał. 3 Karta konsultacji dietetycznych
- Zał. 4 Karta konsultacji psychologicznych
- Zał. 5 Karta oceny doradcy zawodowego
- Zał. 6 Kwestionariusz Dotyczący Zdrowia EQ-5D-L
- Zał. 7 Międzynarodowy Kwestionariusz Aktywności Fizycznej IPAQ
- Zał. 8 Test wiedzy pre-post
- Zał. 9 Ankieta satysfakcji udziału w programie

KARTA BADANIA UCZESTNIKA PROGRAMU

w Regionalnym Programie Zdrowotnym pn. „Zdrowe serce Lubelszczyzny – program kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej” realizowanego w ramach Działania 9.5 Ochrona środowiska pracy (typ projektu nr 1 b) Priorytet IX Zaspokajanie potrzeb rynku pracy programu Fundusze Europejskie dla Lubelskiego 2021-2027, współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w ramach programu Fundusze Europejskie dla Lubelskiego 2021-2027.

Imię i nazwisko												
Numer PESEL												
Ulica						Nr domu/mieszkania						
Kod pocztowy			-			Pocztą						
Miejscowość						Gmina						
Powiat						Województwo						
Aktualnie pracuje:	NIE	☐	TAK	☐								
Zawód wykonywany						lata pracy (wszystkie lata pracy)						

BADANIE PIEŁĘGNIARSKIE WSTĘPNE

Rozpoznanie choroby kwalifikującej do programu na podstawie zaświadczenia od lekarza leczącego

Nazwa choroby	
stan po ostrych zespołach wieńcowych,	☐
stan po rewaskularyzacji mięśnia sercowego,	☐
przewlekły zespół wieńcowy,	☐
niewydolność serca,	☐
stan po implantacji elektronicznych wszczepialnych urządzeń terapeutycznych,	☐
stan po naprawie/wymianie zastawek serca,	☐
stan po przeszczepieniu serca,	☐
stan po implantacji urządzeń do wspomagania pracy komór serca,	☐
obecność wady wrodzonej serca,	☐
choroby tętnic obwodowych,	☐
stan po incydentach w zakresie naczyń mózgowych.	☐

BADANIE PODMIOTOWE:

Skargi badanego(ej):

	TAK	NIE	OPIS
Urazy czaszki			
Urazy układu ruchu			
Omdlenia			
Padaczka			
Inne choroby układu nerwowego			
Choroby psychiczne			
Cukrzyca			
Choroby narządu słuchu / głosu			
Choroby narządu wzroku			
Choroby układu krwiotwórczego			
Choroby układu krążenia			
Choroby układu oddechowego			
Choroby układu pokarmowego			
Choroby układu moczowo - płciowego			
Choroby układu ruchu			
Choroby skóry / uczulenia			
Choroby zakaźne / pasożytnicze			
Wywiad ginekologiczny – położniczy (miesiączka, ciąża, leki hormonalne)			
Wywiad rodzinny (W szczególności pod kątem występowania alergii (astmy), cukrzycy, choroby psychicznej, choroby serca, nadciśnienia tętniczego i nowotworów.			
Inne problemy zdrowotne			

Subiektywna ocena stanu zdrowia	Bardzo dobre	Dobre	Raczej dobre	Raczej słabe	Słabe

	TAK	NIE	Opis - uwagi
Czy badany(a) przebył(a) zabieg(i) operacyjny(e) ? Jakie ? Kiedy ?			
Czy jest pod opieką poradni specjalistycznej ? Jakiej ?			
Czy badany(a) przyjmuje leki ? Jakie ?			

Wywiad dotyczący stylu życia

Aktywność fizyczna

Ocena poziomu aktywności fizycznej	bardzo niski	niski	średni	dobry	bardzo dobry

Aktywność	Wykonuje	Jak często?	Ile czasu jednorazowo
Sprzątanie, prasowanie, inne czynności domowe			
Spacer wolnym krokiem			
Spacer szybkim krokiem			
Bieganie			
Jazda na rowerze			
Jazda na nartach			
Pływanie			
Gimnastyka			
Gra w piłkę			
Siłownia			
Inne jakie			

Częstość spożywania posiłków	Codziennie	Czasami	Nie spożywam
Śniadanie			
II śniadanie			
Obiad			
Podwieczorek			
Kolacja			

Ocena sposobu odżywiania	Tak	Czasami	Nigdy
Ograniczenie spożycia soli do 5 g na dobę			
Spożywanie owoców i warzyw w ilości 5 porcji na dobę			
Spożywanie ryb 3 razy w ciągu tygodnia			
Ograniczenie spożycia tłuszczu			
Ograniczenie spożycia cukru, słodczy			
Ograniczenia spożycia żywności wysokoprzetworzonej			

Używanie produktów zawierających tytoń	Tak (przejdź do oceny wskaźnikiem HSI)	Tak, w przeszłości	Nie

Wskaźnik HSI

Pytanie	0	1	2	3
Kiedy po obudzeniu zapalasz pierwszego papierosa?	Po godzinie	Od 30 min - do 60 minut	Od 6 do 30 min.	W ciągu 5 min.
Ile papierosów wypalasz dziennie?	Do 10	11-20	21-30	31 i więcej
Wynik* 5 lub 6 pkt. wysoki stopień uzależnienia z dominacją uzależnienia fizycznego 3-4 pkt. stopień uzależnienia średni, 0 do 2 pkt. bez cech uzależnienia fizycznego.				
Od którego roku życia				
Czy chcesz rzucić palenie?	TAK (co sprzyja rzucaniu palenia)		NIE (co przeszkadza)	

Wywiad zawodowy w kierunku chorób układu krążenia

Czy w trakcie pracy zawodowej występują następujące narażenia?

Narażenia:	Tak	Nie
stres		
praca zmianowa		
długotrwałe narażenie na hałas		
substancje toksyczne		
niekorzystne warunki środowiskowe (np. wysoka temperatura, wilgotność)		
praca w pozycji siedzącej przez długi czas		

Pomiary antropometryczne

Waga		Wzrost		BMI	
Obwód pasa		Obwód bioder		WHR	

Pomiar ciśnienia tętniczego krwi oraz tętna

Ciepłota ciała		Ciepłota rąk	
----------------	--	--------------	--

Ocena ryzyka sercowo-naczyniowego

SCORE	
-------	--

Skierowania na badania

Nazwa badania	Wydano skierowanie	Pacjent posiada wyniki
morfologia krwi		
cholesterol LDL		
cholesterol HDL		
trójglicerydy		
glukoza		
kwas moczowy		
EKG		x
ECHO serca		

Data wypełnienia:	
Podpis pielęgniarki	

BADANIE LEKARSKIE WSTĘPNE

WYWIAD LEKARSKI:	BADANIE LEKARSKIE:
Aktualnie występujące choroby przewlekłe	
Przebyte choroby	
Urazy ciała (czaszki, narządu ruchu)	
Omdlenia	
Padaczka	
Przebyte zabiegi operacyjne	
Obecnie przyjmowane leki	
Ciąża – obecnie (tydzień ciąży)	
Uczulenia	
Metalowe komponenty w ciele	
Rozrusznik serca, kardiowerter	
Zakrzepica, przebyte zapalenie żył (kiedy?)	
Żylaki	
Inne	

Przeciwwskazania bezwzględne do udziału w projekcie:

źle kontrolowane nadciśnienie tętnicze,	
ortostatyczny spadek ciśnienia tętniczego >20 mmHg z objawami klinicznymi,	
nie poddająca się leczeniu zatokowa tachykardia >100/min,	
złośliwe komorowe zaburzenia rytmu serca,	
wyzwalane wysiłkiem zaburzenia rytmu nadkomorowe i komorowe,	
obecność bloku przedsionkowo-komorowego zaawansowanego,	
wyzwalane wysiłkiem zaburzenia przewodzenia przedsionkowo-komorowego i śródkomorowego,	
wyzwalana wysiłkiem bradykardia,	
znaczny stopień zwężenia zastawek,	
kardiomiopatia ze zwężeniem drogi odpływu,	
niedokrwienne obniżenie odcinka ST ≥ 2 mm w EKG spoczynkowym,	
niewyrównana niewydolność serca NYHA III-IV,	
ostre stany zapalne,	
pojawienie się objawów niewydolności oddechowej	
niewyrównane choroby współistniejące,	
istotne klinicznie powikłania pooperacyjne ,	
wystąpienie w wywiadzie ostrego zespołu wieńcowego pod postacią niestabilnej dławicy piersiowej i zawału serca, inwazyjne leczenie choroby wieńcowej serca (angioplastyka, CABG) w wywiadzie, implantacja kardiowertera-defibrylatora i stymulatora serca w wywiadzie, przebyta operacja kardiochirurgiczna (np. wymiana zastawki serca).	

Wyniki badań:

Nazwa badania	wynik	uwagi
morfologia krwi		
cholesterol LDL		
cholesterol HDL		
trójglicerydy		
glukoza		
kwas moczowy		
EKG		
ECHO serca		

Czy pacjent rokuje utrzymanie pracy lub odzyskanie zdolności do pracy po zakończeniu udziału w Programie	NIE	☐	TAK	☐
--	-----	--------------------------	-----	--------------------------

Ewentualne uwagi dla Zespołu Interdyscyplinarnego (fizjoterapeuta, logopeda, psycholog, doradca zawodowy, pielęgniarz)



Data wypełnienia:		
Pieczęć Placówki		Pieczętka i podpis lekarza

BADANIE PIELĘGNIARSKIE KOŃCOWE

Wywiad dotyczący stylu życia

Aktywność fizyczna	Bardzo niski	niski	średni	dobry	Bardzo dobry
Ocena poziomu aktywności fizycznej wstępna					
Ocena poziomu aktywności fizycznej końcowa					

Aktywność	Wywiad wstępny			Wywiad końcowy			Zmiana
	Wykonuje	Jak często?	Ile czasu jednora- zo wo	Wykonuje	Jak często?	Ile czasu jednora- zo wo	
Sprzątanie, prasowanie, inne czynności domowe							
Spacer wolnym krokiem							
Spacer szybkim krokiem							
Bieganie							
Jazda na rowerze							
Jazda na nartach							
Pływanie							
Gimnastyka							
Gra w piłkę							
Siłownia							
Inne jakie							

Częstość spożywania posiłków	Wywiad wstępny			Wywiad końcowy			Zmiana
	Codziennie	Czasami	Nie spożywam	Codziennie	Czasami	Nie spożywam	
Śniadanie							
II śniadanie							
Obiad							
Podwieczorek							
Kolacja							

Ocena sposobu odżywiania	Wywiad wstępny			Wywiad końcowy			Zmiana
	Tak	Czasami	Nigdy	Tak	Czasami	Nigdy	
Ograniczenie spożycia soli do 5 g na dobę							
Spożywanie owoców i warzyw w ilości 5 porcji na dobę							
Spożywanie ryb 3 razy w ciągu tygodnia							
Ograniczenie spożycia tłuszczu							
Ograniczenie spożycia cukru, słodczy							
Ograniczenia spożycia żywności wysokoprzetworzonej							

Używanie produktów zawierających tytoń	Tak (przejdź do oceny wskaźnikiem HSI)	Tak, w przeszłości	nie

Wskaźnik HSI

Pytanie	0	1	2	3
Kiedy po obudzeniu zapalasz pierwszego papierosa?	Po godzinie	Od 30 min - do 60 minut	Od 6 do 30 min.	W ciągu 5 min.
Ile papierosów wypalasz dziennie?	Do 10	11-20	21-30	31 i więcej
Wynik* 5 lub 6 pkt. wysoki stopień uzależnienia z dominacją uzależnienia fizycznego 3-4 pkt. stopień uzależnienia średni, 0 do 2 pkt. bez cech uzależnienia fizycznego.				
Od którego roku życia				
Czy chcesz rzucić palenie?	TAK (co sprzyja rzucaniu palenia)		NIE (co przeszkadza)	
Zmiana				

Czy nastąpiła zmian w odniesieniu do wywiadu zawodowego początkowego?

PARAMETRY ANTROPOMETRYCZNE I ANALIZA SKŁADU CIAŁA

Wzrost			
Parametry zmienne:	Wywiad wstępny	Wywiad końcowy	zmiana
Waga			
BMI			
Obwód pasa			
Obwód bioder			
WHR			

Ocena ryzyka sercowo-naczyniowego

	Wywiad wstępny	Wywiad końcowy	zmiana
SCORE			

Skierowania na badania

Nazwa badania	Wydano skierowanie	Pacjent posiada wyniki
morfologia krwi		
cholesterol LDL		
cholesterol HDL		
trójglicerydy		
glukoza		
kwas moczowy		
EKG		x
ECHO serca		

Uwagi końcowe

Data wypełnienia:	
Podpis pielęgniarki	

BADANIE LEKARSKIE KOŃCOWE

Badanie lekarskie końcowe

Wyniki badań:

Nazwa badania	Wizyta wstępna	Wizyta końcowa	Zmiana
morfologia krwi			
cholesterol LDL			
cholesterol HDL			
trójglicerydy			
glukoza			
kwas moczowy			
EKG			
ECHO serca			

UZYSKANE EFEKTY

PLAN DALSZEGO DZIAŁANIA

Data wypełnienia:		
Pieczęć Placówki		Pieczętka i podpis lekarza

Załącznik 2

KARTA KONSULTACJI FIZJOTERPEUTYCZNYCH

DO PROJEKTU „Zdrowe Serce Lubelszczyzny – program kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej”

Data I konsultacji		Fizjoterapeuta	
Data II konsultacji		Fizjoterapeuta	

DANE UCZESTNIKA

Imię i nazwisko uczestnika	
Wiek	
Telefon kontaktowy	

DIAGNOZA SYTUACJI UCZESTNIKA PROJEKTU

Wykształcenie	
Przygotowanie zawodowe	
Dodatkowe kwalifikacje	
Zajmowane stanowisko pracy/etat	
Czy praca zmianowa (w jakich godz.)	
Od kiedy pracuje na tym stanowisku	
Lokalizacja stanowiska pracy	
Wypożyczenie stanowiska pracy	
Zakres czynności na stanowisku pracy	
Rodzaj, stopień niepełnosprawności	
Okres niepełnosprawności	
Schorzenia współistniejące	
Zaopatrzenia ortopedyczne, środki pomocnicze np. aparat do mierzenia ciśnienia, pulsoksymetr	

ROZPOZNANIE W ZAKRESIE FIZJOTERAPII:

--

CEL ŚWIADCZEŃ FIZJOTERAPUTYCZNYCH

--

KARTA ANALIZY FUNKCJONALNEJ WG ICF INDYWIDUALNEGO PROGRAMU KOMPLEKSOWEJ REHABILITACJI

Imię i Nazwisko Uczestnika	
-----------------------------------	--

Główny problem wg pacjenta				Cel pacjenta			
Główny problem wg terapeuty				Cel terapeuty			
Data i podpis	AKTYWNOŚCI	Ograniczenia	STRUKTURY	Zaburzenia	EQ-5D	IPAQ	6 MWD
Konsultacja fizjoterapeutyczna początkowa							
Konsultacja fizjoterapeutyczna końcowa							
Czynniki kontekstu:							
Zalecenia:							

Data	Uwagi dotyczące przebiegu terapii	Podpis fizjoterapeuty

Załącznik 3

KARTA KONSULTACJI DIETETYCZNYCH

w projekcie „Zdrowe Serce Lubelszczyzny – program kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej”

DANE UCZESTNIKA

Imię i nazwisko uczestnika					
Płeć		Wiek		Stan cywilny	
Wykształcenie:					
Zajmowane stanowisko:					

I KONSULTACJA

Osoba wypełniająca		Data	
--------------------	--	------	--

PARAMETRY ANTROPOMETRYCZNE I ANALIZA SKŁADU CIAŁA

Wzrost		Cel wizyty:
Waga		
Obwód pasa		
Masa mięśniowa		
Wiek metaboliczny		
BMI		
Zawartość wody		
Tkanka tłuszczowa		
Obwód bioder		
Masa kostna		
PPM		
WHR		

WYWIAD ZDROWOTNY

Choroby przewlekłe:	☐	nie dotyczy
	☐	tak, jakie:
Alergie / nietolerancje pokarmowe	☐	nie
	☐	tak, jakie:
Przyjmowane leki:		
Suplementy diety:		

WYWIAD ŻYWIENIOWY

Liczba posiłków dziennie	1	2	3	4	5	więcej
	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Godziny spożywania posiłków:						
Przykładowy jadłospis (z ostatnich 2 dni):						
Produkty preferowane / nie lubiane:						
Alergie subiektywne / nietolerowane składniki (nawet bez diagnozy):						

STYL ŻYCIA

Rodzaj pracy:	siedząca	☐		
	fizyczna	☐		
	zmianowa	☐		
Aktywność fizyczna:	regularna	☐	rodzaj:	
	nieregularna	☐	częstotliwość:	
	brak	☐		
Sen (h/dobę)			Jakość snu:	dobra ☐ zaburzona ☐
Stres:	niski	☐	umiarkowany	☐
			wysoki	☐
Nawyki:	Alkohol	nie	☐	
		okazjonalnie	☐	
		regularnie	☐	
	Kawa	nie	☐	
		tak, ile dziennie		
	Palenie:	nie	☐	
tak, ile dziennie				

DIAGNOZA DIETETYCZNA

--

WSTĘPNE ZALECENIA DIETETYCZNE

--

II KONSULTACJA

Osoba wypełniająca		Data	
--------------------	--	------	--

PARAMETRY ANTROPOMETRYCZNE I ANALIZA SKŁADU CIAŁA

Wzrost			
Parametry zmienne:	I konsultacja	II konsultacja	zmiana
Waga			
Obwód pasa			
Masa mięśniowa			
Wiek metaboliczny			
BMI			
Zawartość wody			
Tkanka tłuszczowa			
Obwód bioder			
Masa kostna			
PPM			
WHR			

UZYSKANE EFEKTY

PLAN DALSZEGO DZIAŁANIA

Podpis dietetyka

Załącznik 4

KARTA KONSULTACJI PSYCHOLOGICZNEJ

w Regionalnym Programie Zdrowotnym „Zdrowe serce Lubelszczyzny – program kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej”

Data badania		Osoba wypełniająca	
--------------	--	--------------------	--

DANE UCZESTNIKA

Imię i nazwisko uczestnika					
Płeć	K	M	Wiek		Stan cywilny
Miejsce zamieszkania					
Wykształcenie					

WYNIKI BADAŃ TESTOWYCH

Nazwa Testu	Wyniki podskal		Wynik ogólny	Ocena wyniku
Kwestionariusz z poczucia stresu (KPS)	Napięcie emocjonalne			
	Stres zewnętrzny			
	Stres intrapsychiczny			
Skala Kontroli Emocji (CECS)	Gniew			
	Depresja			
	Lęk			
Wzorzec Zachowań „A”, „B”	Typ A:		Typ osobowości	Ryzyko zaburzeń psychosomatycznych
	Typ B:			

OPIS OSOBY NA PODSTAWIE PSYCHOLOGICZNYCH BADAŃ TESTOWYCH:

--

OKREŚLENIE RYZYKA CHOROBY PSYCHOSOMATYCZNYCH⁸⁰

Bardzo niskie	niskie	średnie	wysokie	Bardzo wysokie

⁸⁰1. Wynik bardzo niski, niski -Samodzielna psychoedukacja w celu podtrzymania zdrowia psychicznego 2.Wynik średni(tzw. norma) Samodzielne poszukiwanie cech i zachowań dających zdrowie psychiczne, ewentualne wsparcie psychoterapeutyczne 3. Wynik wysoki - Zagrożenie problemami psychicznymi lub chorobami psychosomatycznymi, konieczny kontakt psychoterapeutyczny i samodzielna troska o zdrowie psychiczne. 4. Wynik bardzo wysoki. Występowanie zaburzeń zdrowia psychicznego w formie ukrytej lub jawnej, konieczny kontakt psychoterapeutyczny i psychiatryczne leczenie (m.in. leczenie farmakologiczne)

DANE Z WYWIADU I OBSERWACJI

Sytuacja zawodowa
Sytuacja rodzinna
Sytuacja osobista

PODSTAWY UDZIELANEJ INFORMACJI ZWROTNEJ I ZALECENIA

--

Podpis psychologa

Załącznik 5

KARTA OCENY DORADCY ZAWODOWEGO

Numer edycji			
Data oceny		Osoba wypełniająca	

DANE UCZESTNIKA

Imię i nazwisko uczestnika				
Płeć		Wiek		Stan cywilny
Miejsce zamieszkania:				
Wykształcenie:				
Zawód wyuczony:				
Zajmowane stanowisko:				
Staż pracy:				
Dodatkowe kwalifikacje:				
Stan zdrowia – zalecenia lekarskie dotyczące aktywności zawodowej (jeśli dostępne): <i>(np. ograniczenie wysiłku fizycznego, unikanie stresu, potrzeba przerw)</i>				
Cel zawodowy:				
Zainteresowania:				

OBSZARY TEMATYCZNE

Poznanie własnych zasobów: m.in.: zainteresowań, zdolności i uzdolnień, mocnych i słabych stron jako potencjalnych obszarów do rozwoju, ograniczeń, kompetencji (wiedzy, umiejętności i postaw), wartości, predyspozycji zawodowych, stanu zdrowia, samopoznanie, motywacja do pracy	
Świat zawodów i rynek pracy m.in. poznanie zawodów, wyszukiwanie oraz przetwarzanie informacji o zawodach i rynku pracy, umiejętność poruszania się po nim, poszukiwanie i utrzymanie pracy, metody poszukiwania pracy	
Rynek edukacyjny i uczenie się przez całe życie: m.in. wyszukiwanie oraz przetwarzanie informacji o formach i placówkach kształcenia, uczenie się przez całe życie (zawody, szkoły, kursy)	
Planowanie własnego rozwoju i podejmowanie decyzji edukacyjno-	

zawodowych: m.in. podwyższenie posiadanych kwalifikacji zawodowych, przekwalifikowanie zawodowe, przygotowanie do rozmowy kwalifikacyjnej z pracodawcą autoprezentacja pisanie CV i listu motywacyjnego,	
Rynek pracy dedykowany osobom z niepełnosprawnościami: m.in. zakłady pracy chronionej, warsztaty terapii zajęciowej i zakłady aktywizacji zawodowej	
Inne:	

DANE Z WYWIADU

USTALENIE PROBLEMU ZAWODOWEGO

PLAN DZIAŁANIA

--

**Podpis doradcy
zawodowego**

Załącznik 6

Kwestionariusz Dotyczący Zdrowia - EQ-5D-L5 wersja polska do użytku w Polsce (for Poland)

Pod każdym nagłówkiem proszę zaznaczyć JEDEN kwadrat, aby wybrać stwierdzenie najlepiej określające Pana/Pani zdrowie DZISIAJ.

PORUSZANIE SIĘ

Nie mam żadnych problemów z chodzeniem	
Mam niewielkie problemy z chodzeniem	
Mam umiarkowane problemy z chodzeniem	
Mam poważne problemy z chodzeniem	
Nie jestem w stanie chodzić	

SAMOOPSŁUGA

Nie mam żadnych problemów z myciem i ubieraniem się	
Mam niewielkie problemy z myciem i ubieraniem się	
Mam umiarkowane problemy z myciem i ubieraniem się	
Mam poważne problemy z myciem i ubieraniem się	
Nie mogę sam/a się umyć ani ubrać	

ZWYKŁE CZYNNOŚCI (np. praca, nauka, zajęcia domowe, aktywności rodzinne, zajęcia w czasie wolnym)

Nie mam żadnych problemów z wykonywaniem moich zwykłych czynności	
Mam niewielkie problemy z wykonywaniem moich zwykłych czynności	
Mam umiarkowane problemy z wykonywaniem moich zwykłych czynności	
Mam poważne problemy z wykonywaniem moich zwykłych czynności	
Nie jestem w stanie wykonywać moich zwykłych czynności	

BÓL / DYSKOMFORT

Nie odczuwam żadnego bólu ani dyskomfortu	
Odczuwam niewielki ból lub dyskomfort	
Odczuwam umiarkowany ból lub dyskomfort	
Odczuwam silny ból lub dyskomfort	
Odczuwam krańcowy ból lub dyskomfort	

NIEPOKÓJ / PRZYGNĘBIENIE

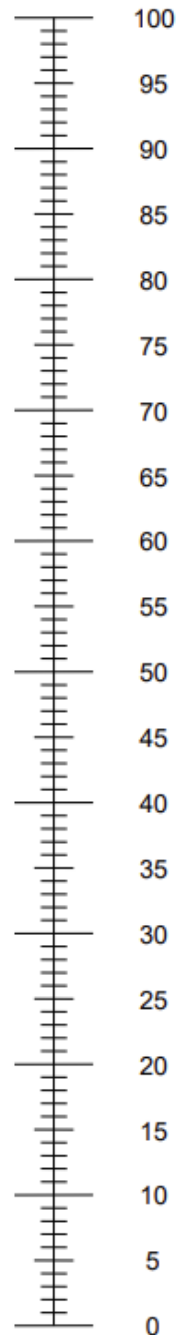
Nie jestem niespokojny/a ani przygnębiony/a	
Jestem trochę niespokojny/a lub przygnębiony/a	
Jestem umiarkowanie niespokojny/a lub przygnębiony/a	
Jestem bardzo niespokojny/a lub przygnębiony/a	
Jestem krańcowo niespokojny/a lub przygnębiony/a	

Chcielibyśmy wiedzieć jak dobre lub jak złe jest Pana/Pani zdrowie
DZISIAJ.

- Ta skala jest ponumerowana od 0 do 100.
- 100 oznacza najlepsze zdrowie jakie można sobie wyobrazić.
0 oznacza najgorsze zdrowie jakie można sobie wyobrazić.
- Proszę zaznaczyć krzyżykiem (X) miejsce na skali, które
pokazuje jakie jest Pana/Pani zdrowie DZISIAJ.
- Teraz liczbę, którą zaznaczył/a Pan/i na skali proszę wpisać w
okienko poniżej.

PANA/PANI ZDROWIE DZISIAJ =

Najlepsze
zdrowie jakie
można sobie
wyobrazić



Najgorsze
zdrowie jakie
można sobie
wyobrazić

Załącznik 7

MIĘDZYNARODOWY KWESTIONARIUSZ AKTYWNOŚCI FIZYCZNEJ (IPAQ)

Kwestionariusz dotyczy czasu poświęconego na aktywność fizyczną w ciągu ostatnich 7 dni. Proszę wziąć pod uwagę **tylko** taki wysiłek, który jednorazowo trwał co najmniej 10 minut.

W pytaniach użyto niżej wymienionych określeń:

- **Intensywna** aktywność fizyczna oznacza ciężki wysiłek, zmuszający do silnie wzmożonego oddychania (i przyspieszonej akcji serca);
- **Umiarkowana** aktywność fizyczna oznacza wysiłek przeciętny z nieco wzmożonym oddychaniem (i nieco przyspieszoną akcją serca).

CZĘŚĆ 1: AKTYWNOŚĆ FIZYCZNA ZWIĄZANA Z PRACĄ ZAWODOWĄ

Pierwsza część pytań dotyczy Państwa pracy zawodowej. Zawarte tu są pytania z zakresu wysiłku fizycznego (aktywności fizycznej) w Państwa pracy zawodowej, w rolnictwie, nauce, pracy społecznej i każdej innej niepłatnej pracy, którą wykonują Państwo poza domem. Proszę nie brać pod uwagę czynności, które wykonują Państwo wokół domu, np. prac domowych, pracy w ogródku, ogólnych prac porządkowych oraz opieki nad rodziną. Tematykę tę obejmuje część 3. Proszę wziąć pod uwagę tylko taki wysiłek, który jednorazowo trwał co najmniej 10 minut

1. Proszę podać czy aktualnie pracuje Pan/i zawodowo, uczy się lub wykonuje pracę bez wynagrodzenia poza domem.

1. Tak
2. Nie → **przejdź do części 2**

Następne pytania dotyczą wszelkiego wysiłku fizycznego wykonywanego w ciągu ostatnich 7 dni w ramach pracy bez wynagrodzenia lub zawodowej oraz nauki. Proszę wziąć pod uwagę tylko taki wysiłek, który jednorazowo trwał co najmniej 10 minut. Tematyka tych pytań nie dotyczy chodzenia do pracy i z powrotem.

2. Proszę podać liczbę dni w ciągu ostatnich 7, w których wykonywał Pan/i w ramach pracy zawodowej lub nauki intensywny wysiłek fizyczny, np. : podnoszenie ciężkich rzeczy, kopanie, prace budowlane, chodzenie po schodach.

1. Dni w tygodniu
2. Nie wykonywałam/em takiej czynności → **przejdź do pytania 4**

3. Proszę podać ile czasu w jednym z takich (przeciętnych) dni poświęca Pan/i zwykle na intensywny wysiłek fizyczny w ramach pracy.

1. Godzin dziennie
2. Minut dziennie
4. **Proszę podać liczbę dni w ciągu ostatnich 7, w których wykonywał Pan/i w ramach pracy zawodowej umiarkowany wysiłek fizyczny, porównywalny z przenoszeniem lekkich rzeczy, jazdą na rowerze w normalnym tempie. Proszę nie brać pod uwagę chodzenia.**
 1. Dni w tygodniu
 2. Nie wykonywałam/em takiej czynności → **przejdź do pytania 6**
5. **Proszę podać ile czasu w jednym z takich (przeciętnych) dni poświęca Pan/i zwykle na umiarkowany wysiłek fizyczny wykonywany w ramach pracy zawodowej.**
 1. Godzin dziennie
 2. Minut dziennie
6. **Proszę podać liczbę dni w ciągu ostatnich 7, w których chodził Pan/i co najmniej 10 minut (jednorazowo) w czasie pracy zawodowej. Proszę nie wliczać do tego czasu dojazdu do pracy i z powrotem.**
 1. Dni w tygodniu
 2. Nie wykonywałam/em takiej czynności → **przejdź do części 2**
7. **Proszę podać ile czasu poświęca Pan/i na chodzenie w jednym z takich (przeciętnych) dni w ramach pracy zawodowej.**
 1. Godzin dziennie
 2. Minut dziennie

CZĘŚĆ 2: AKTYWNOŚĆ FIZYCZNA ZWIĄZANA Z PRZEMIESZCZANIEM SIĘ

Pytania w kolejnej części dotyczą sposobu przemieszczania się z miejsca na miejsce, włączając w to przemieszczanie się do pracy, na zakupy, w miejsca rozrywki itp. (dotyczy czynności nie wykonywanych w czasie wolnym). Proszę wziąć pod uwagę tylko taką aktywność, która jednorazowo trwała co najmniej 10 minut.

8. **Proszę podać liczbę dni w ciągu ostatnich 7, w których jeździł Pan/i pojazdem takim jak samochód, autobus, pociąg, tramwaj lub inny pojazd (proszę nie brać pod uwagę jazdy na rowerze).**
 1. Dni w tygodniu
 2. Nie wykonywałam/em takiej czynności → **przejdź do pytania 10**

9. Proszę podać ile czasu spędza Pan/i podczas jednego z takich (przeciętnych) dni, jeżdżąc samochodem, autobusem, pociągiem, tramwajem lub innym pojazdem (proszę nie brać pod uwagę jazdy na rowerze).

1. Godzin dziennie
2. Minut dziennie

10. Proszę podać liczbę dni w ciągu ostatnich 7, w których jechał Pan/i rowerem przez co najmniej 10 minut.

Proszę wziąć pod uwagę jedynie jazdę na rowerze: do pracy i z powrotem, lub w innych celach.

1. Dni w tygodniu
2. Nie wykonywałam/em takiej czynności. → **przejsć do pytania 12**

11. Proszę podać ile czasu jeździ Pan/i rowerem podczas jednego z takich (przeciętnych) dni.

1. Godzin dziennie
2. Minut dziennie

12. Proszę podać liczbę dni w ciągu ostatnich 7, w których chodził Pan/i co najmniej 10 minut jednorazowo.

Proszę wziąć pod uwagę jedynie chodzenie: do pracy i z powrotem, lub w innych celach.

1. Dni w tygodniu
2. Nie wykonywałam/em takiej czynności → **przejsć do części 3**

13. Proszę podać ile czasu chodzi Pan/i w jednym z takich (przeciętnych) dni.

1. Godzin dziennie
2. Minut dziennie

CZĘŚĆ 3: PRACE DOMOWE, OGÓLNE PRACE PORZĄDKOWE I OPIEKA NAD RODZINĄ

Pytania w kolejnej części dotyczą wysiłku fizycznego w ciągu ostatnich 7 dni, który wykonywał Pan/Pani w domu i wokół domu, np.: prace domowe, opieka nad rodziną, ogólne prace porządkowe, uprawa ogródka.

Proszę wziąć pod uwagę tylko taki wysiłek fizyczny, który zajmuje jednorazowo co najmniej 10 minut.

14. Proszę podać liczbę dni w ciągu ostatnich 7, w których wykonywał Pan/i w ogródku lub wokół domu intensywny wysiłek fizyczny, np. przenoszenie ciężkich rzeczy, rąbanie drewna, odśnieżanie lub kopanie.

1. Dni w tygodniu
 2. Nie wykonywałam/em takiej czynności. → **przejsć do pytania 18**
- 15. Proszę podać ile czasu poświęca Pan/i zwykle w jednym z takich (przeciętnych) dni na intensywny wysiłek fizyczny w ogródku lub wokół domu.**
1. Godzin dziennie
 2. Minut dziennie
- 16. Proszę podać liczbę dni, w ciągu ostatnich 7, w których wykonywał Pan/i umiarkowany wysiłek fizyczny w ogródku lub wokół domu, np. przenoszenie lekkich rzeczy, zamykanie, mycie okien, grabienie i sprzątanie wokół domu.**
1. Dni w tygodniu
 2. Nie wykonywałam/em takiej czynności. → **przejsć do pytania 18**
- 17. Proszę podać ile czasu poświęca Pan/i zwykle w jednym z takich (przeciętnych) dni na umiarkowany wysiłek fizyczny w przydomowym ogródku lub wokół domu.**
1. Godzin dziennie
 2. Minut dziennie
- 18. Proszę podać liczbę dni w ciągu ostatnich 7, w których wykonywał Pan/i w domu umiarkowany wysiłek fizyczny, np. przenoszenie lekkich rzeczy, mycie okien, mycie podłóg, oraz sprzątanie**
1. Dni w tygodniu
 2. Nie wykonywałam/em takiej czynności. → **przejsć do części 4**
- 19. Proszę podać ile czasu poświęca Pan/i w jednym z takich (przeciętnych) dni na umiarkowany wysiłek fizyczny w domu.**
1. Godzin dziennie
 2. Minut dziennie

CZĘŚĆ 4: REKREACJA, SPORT I AKTYWNOŚĆ FIZYCZNA W CZASIE WOLNYM

Pytania w następnej części dotyczą aktywności fizycznej w czasie wolnym w ciągu ostatnich 7 dni poświęconej na sport, rekreację, ćwiczenia lub rozrywkę i wypoczynek. Odpowiadając na pytania, proszę **nie brać** pod uwagę tych rodzajów aktywności fizycznej, o której Państwo już wspomnieli. Proszę wziąć pod uwagę tylko aktywność fizyczną, która trwała jednorazowo co najmniej 10 minut.

- 20. Proszę podać liczbę dni w ciągu ostatnich 7, w których chodził Pan/i jednorazowo co najmniej 10 minut w czasie wolnym.**

Nie należy brać pod uwagę żadnego chodzenia, o którym była mowa dotychczas.

1. Dni w tygodniu
2. Nie wykonywałam/em takiej czynności. → **prześć do pytania 22**

21. Proszę podać ile czasu przeznaczył Pan/i w jednym z takich (przeciętnych) dni na chodzenie w czasie wolnym.

1. Godzin dziennie
2. Minut dziennie

22. Proszę podać liczbę dni w ciągu ostatnich 7, w których uprawiał Pan/i intensywną aktywność fizyczną, np. aerobik, biegi, szybka jazda rowerem, szybkie pływanie w czasie wolnym.

1. Dni w tygodniu
2. Nie wykonywałam/em takiej czynności. → **prześć do pytania 24**

23. Proszę podać ile czasu zwykle poświęca Pan/i w jednym z takich (przeciętnych) dni na intensywną aktywność fizyczną w czasie wolnym.

1. Godzin dziennie
2. Minut dziennie

24. Proszę podać liczbę dni w ciągu ostatnich 7, w których wykonywał Pan/i umiarkowaną aktywność fizyczną w czasie wolnym, np. jazda rowerem w regularnym tempie, pływanie w regularnym tempie, gra w siatkówkę.

1. Dni w tygodniu
2. Nie wykonywałam/em takiej czynności. → **prześć do części 5**

25. Proszę podać ile czasu zwykle spędza Pan/i w jednym z takich (przeciętnych) dni na umiarkowaną aktywność fizyczną w czasie wolnym.

1. Godzin dziennie
2. Minut dziennie

CZĘŚĆ 5: CZAS SPĘDZONY SIEDZĄC

Pytania w tej części dotyczą czasu, który spędza Pan/i siedząc zarówno w pracy, w domu, podczas nauki i w czasie wolnym. Może to obejmować czas spędzony siedząc przy biurku, z wizytą u przyjaciół, podczas czytania, oglądania telewizji leżąc lub siedząc (nie wliczając w to czasu poświęconego na sen). Proszę nie brać pod uwagę czasu spędzonego siedząc w pojeździe mechanicznym, bo o tym już była mowa.

26. Biorąc pod uwagę ostatnie 7 dni proszę podać ile przeciętnie czasu spędził Pan/i siedząc w dniu powszednim.

1. Godzin dziennie
2. Minut dziennie

27. Biorąc pod uwagę ostatnie 7 dni proszę podać ile przeciętnie czasu spędził Pan/i siedząc w dniu wolnym od pracy.

1. Godzin dziennie
2. Minut dziennie

Załącznik 8

Przykładowy test wiedzy Pre-Post Profilaktyka chorób układu krążenia⁸¹

Proszę zaznaczyć jedną prawidłową odpowiedź.

1.	Który z poniższych czynników jest modyfikowalnym czynnikiem ryzyka chorób układu krążenia?	
a)	Wiek	☐
b)	Płeć	☐
c)	Palenie tytoniu	☐
d)	Predyspozycje genetyczne	☐
2.	Który zakres wartości uznaje się za optymalne ciśnienie tętnicze u osoby dorosłej?	
a)	120–129 / 80–84 mmHg	☐
b)	140–159 / 90–99 mmHg	☐
c)	160–179 / 100–109 mmHg	☐
d)	90–119 / 60–79 mmHg	☐
3.	Jakie badanie laboratoryjne służy do oceny ryzyka miażdżycy i chorób sercowo-naczyniowych?	
a)	Morfologia krwi	☐
b)	Lipidogram (profil lipidowy)	☐
c)	Badanie ogólne moczu	☐
d)	Poziom kreatyniny	☐
4.	Który z tych składników diety powinien być ograniczany w profilaktyce chorób układu krążenia?	
a)	Błonnik	☐
b)	Kwasy omega-3	☐
c)	Tłuszcze trans	☐
d)	Węglowodany złożone	☐
5.	Która z chorób układu krążenia nazywana jest „cichym zabójcą”, gdyż często przez lata nie daje żadnych objawów mimo że powoduje trwałe uszkodzenia naczyń krwionośnych, serca, nerek i innych narządów?	
a)	Choroba wieńcowa	☐
b)	Cukrzyca	☐
c)	Nadciśnienie tętnicze	☐
d)	Zakrzepica	☐
6.	W profilaktyce chorób układu krążenia zalecane jest dzienne spożycie soli które nie przekracza	
a)	10 gramów	☐
b)	6–8 gramów	☐

⁸¹ Niniejszy test stanowi ramy dla tworzenia zestawów pytań dla oceny wiedzy uczestnika w obszarach objętych niniejszym Programem. Sugeruje się, aby zestaw pytań zawierał 10-20 pytań zamkniętych – z dopasowanym zestawem 4 odpowiedzi, z których tylko jedna jest poprawna. Poziom trudności pytań musi uwzględniać bardzo zróżnicowany poziom wykształcenia, wiedzy ogólnej, przygotowania zawodowego badanych. Z jednej strony więc nie mogą to być pytania wymagające fachowej wiedzy medycznej, z drugiej jednak strony, prócz celu sprawdzającego, powinny nieść ze sobą przekaz wzbogacający wiedzę prozdrowotną badanej osoby.

c)	5 gramów	
d)	2–3 gramy	
7.	Co oznacza skrót BMI, istotny w profilaktyce chorób sercowo-naczyniowych?	
a)	Basal Metabolic Index	
b)	Body Mass Index	
c)	Blood Muscle Indicator	
d)	Body Measure Indicator	
8.	Ile wynosi minimalna tygodniowa dawka umiarkowanej aktywności fizycznej według WHO dla osób dorosłych?	
a)	60 minut	
b)	90 minut	
c)	150 minut	
d)	300 minut	
9.	Które z wymienionych produktów są szczególnie zalecane w diecie DASH (optymalnej dla osób z nadciśnieniem)?	
a)	a) Produkty wysoko przetworzone i słone przekąski	
b)	Warzywa, pełnoziarniste produkty zbożowe, niskotłuszczowy nabiał	
c)	Czerwone mięso, masło i słodzone napoje	
d)	Fast foody i słone orzeszki	
10.	Jakie jest zalecane maksymalne stężenie cholesterolu LDL (tzw. „zły” cholesterol) u osób z wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym?	
a)	< 160 mg/dl	
b)	< 130 mg/dl	
c)	< 100 mg/dl	
d)	< 70 mg/dl	

Klucz

1-c, 2-d, 3-b, 4-c, 5-c, 6-c, 7-b, 8-c, 9-c, 10-d

Bibliografia:

1. Jarosz M., Rychlik E., Stoś K., Charzewska J. (red.), *Normy żywienia dla populacji Polski*, IŻŻ, 2020. NFZ, *Dieta dla serca – poradnik zdrowego żywienia*, 2022.
2. Polskie Towarzystwo Nadciśnienia Tętniczego, „Wytyczne ESC/ESH 2023 – nadciśnienie tętnicze”, Medycyna Praktyczna
3. Jarosz M. (red.), *„Zalecenia żywieniowe w prewencji chorób układu krążenia”*, IŻŻ, 2020.
4. Zdrojewski T., Wyrzykowski B., Wojtyniak B., *„Czynniki ryzyka chorób układu krążenia w Polsce”*, Instytut Kardiologii, Warszawa 2019.
5. Polskie Towarzystwo Nadciśnienia Tętniczego, *„Wytyczne PTNT 2023”*
6. Polskie Towarzystwo Diabetologiczne, *„Zalecenia PTD 2023”*.
7. Narodowy Fundusz Zdrowia, *„Jak rozpoznać objawy zawału serca”*, 2023.
8. Jankowski P., et al., *„Zasady profilaktyki chorób sercowo-naczyniowych”*, Medycyna Praktyczna, 2020, s. 18–20
9. Tykarski A. i wsp. Zalecenia PTNT 2023 – nadciśnienie tętnicze i ryzyko sercowo-naczyniowe, *Arterial Hypertension*, 2023, 27(1), s. 11.

Załącznik 9

Ankieta satysfakcji udziału w programie

pn. „Zdrowe serce Lubelszczyzny – program kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej”

Szanowni Państwo,

Prosimy o wypełnienie poniższej ankiety (krzyżyk przy wybranej odpowiedzi) która pozwoli nam ocenić skuteczność realizacji celów szczegółowych programu pn. Zdrowe serce Lubelszczyzny – program kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej.

Ankieta jest anonimowa, a Państwa odpowiedzi pomogą nam udoskonalić przyszłe edycje programu. Prosimy o jej wypełnienie i przekazanie wyznaczonej osobie lub pozostawienie w oznaczonym do tego miejscu.

Data wypełnienia: ____ / ____ / 20____

I. Ocena ogólna Programu

1.	Jak ocenia Pani/Pan ogólną skuteczność programu?	Bardzo dobrze	Dobrze	Przeciętnie	Źle	Bardzo źle

2.	Czy odczuwa Pani/Pan poprawę sprawności fizycznej po ukończeniu programu?	Zdecydowanie tak	Raczej tak	Raczej nie	Zdecydowanie nie
3.	Jeśli tak, to na ile procent ocenia Pani/Pan tę poprawę?	0-25%	26-50%	51-75%	76%-100%

4.	Czy czuje się Pani/Pan lepiej psychicznie /emocjonalnie po udziale w programie?	Zdecydowanie tak	Raczej tak	Raczej nie	Zdecydowanie nie
5.	Jeśli tak, to na ile procent ocenia Pani/Pan tę poprawę?	0-25%	26-50%	51-75%	76%-100%

6..	Jak często negatywne nawyki zdrowotne (np. brak diety, aktywności, stosowanie używek i in.) były obecne w Pani/Pana życiu przed przystąpieniem do programu?	Bardzo często	Często	Rzadko	Wcale
7.	Czy zmienił Pani/Pan swoje negatywne nawyki zdrowotne, jeśli tak to na ile procent	0-25%	26-50%	51-75%	76%-100%

II. Ocena rekrutacji

8. Jak Pan(i) ocenia:	Bardzo dobrze	Dobrze	Przeciętnie	Źle	Bardzo źle
szybkość załatwienia formalności podczas rekrutacji?					
uprzejmość osób rekrutujących?					
jakość i ilość informacji na temat programu i jego celów?					

III. Ocena warunków panujących w Ośrodku

9. Jak Pan(i) ocenia:	Bardzo dobrze	Dobrze	Przeciętnie	Źle	Bardzo źle
czystość w gabinetach					
dostępność dla osób z niepełnosprawnościami					
oznakowanie gabinetów					
dostęp i czystość w toaletach					

IV. Poziom satysfakcji z udzielanych świadczeń w ramach programu

10. Jak Pan(i) ocenia:	Bardzo wysoko	wysoko	średnio	nisko	Bardzo nisko
ogólne zadowolenie z programu:					
jakość materiałów edukacyjnych dostarczanych w ramach programu					

11. Jak Pan(i) ocenia:	Bardzo wysoko	wysoko	średnio	nisko	Bardzo nisko
Moduł kwalifikacyjny					
jakość usług pielęgniarstkich podczas procesu kwalifikacji					
jakość usług lekarskich podczas procesu kwalifikacji					
Moduł rehabilitacyjny					
jakość usług rehabilitacyjnych					
jakość usług logopedycznych (jeśli dotyczy)					
Moduł psychologiczno-doradczy					
jakość wsparcia psychologicznego					
jakość doradztwa zawodowego					
Moduł edukacyjny					
jakość edukacji zdrowotnej					

12. Jak Pan(i) ocenia komunikację z personelem prowadzącym program?	Bardzo dobrze	Dobrze	Przeciętnie	Źle	Bardzo źle
Lekarz kwalifikujący					
Fizjoterapeuta					
Logopeda (jeśli dotyczy)					
Psycholog					
Doradca zawodowy					
Pielęgniarka					

13. Co uważa Pan/Pani za najmocniejszą stronę programu?

14. Jakie zmiany lub ulepszenia sugerował(a)by Pan(i) w ramach programu?

15. Dodatkowe uwagi i komentarze:

Dziękujemy za udział w ankiecie. Twoje opinie są dla nas bardzo cenne i pomogą w dalszym doskonaleniu programu.