

Warszawa, dnia 12 lutego 2013 r.

Poz. 23

Inspektorat Wojskowej Służby Zdrowia

**DECYZJA Nr 15/MON
MINISTRA OBRONY NARODOWEJ**

z dnia 12 lutego 2013 r.

**w sprawie wprowadzenia w Siłach Zbrojnych Rzeczypospolitej Polskiej
profilaktycznego programu zdrowotnego „Program profilaktyki chorób układu
krążenia w Siłach Zbrojnych RP – Etap II Wyrównanie dostępności do profilaktyki
i opieki kardiologicznej dla żołnierzy zawodowych – MIL - SCORE ”**

Na podstawie art. 48 ust. 1 i 4 ustawy z dnia z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.¹⁾) w związku z art. 6 ust. 1 pkt 5 i pkt 6 lit. b, art. 22 pkt 2 ustawy z dnia 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy (Dz. U. z 2004 r. Nr 125, poz. 1317, z późn. zm.²⁾), § 2 ust. 1 pkt 2 i 3 rozporządzenia Ministra Obrony Narodowej z dnia 9 sierpnia 2010 r. w sprawie służby medycyny pracy w jednostkach organizacyjnych podległych Ministrowi Obrony Narodowej (Dz. U. Nr 187, poz. 1257) oraz § 1 pkt 7 lit. b i § 2 pkt 14 rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 9 lipca 1996 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Obrony Narodowej (Dz. U. Nr 94, poz. 426) ustala się, co następuje:

¹⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2008 r. Nr 216, poz. 1367, Nr 225, poz. 1486, Nr 227, poz. 1505, Nr 234, poz. 1570 i Nr 237, poz. 1654, z 2009 r. Nr 6, poz. 33, Nr 22, poz. 120, Nr 26, poz. 157, Nr 38, poz. 299, Nr 92, poz. 753, Nr 97, poz. 800, Nr 98, poz. 817, Nr 111, poz. 918, Nr 118, poz. 989, Nr 157, poz. 1241, Nr 161, poz. 1278 i Nr 178, poz. 1374, z 2010 r. Nr 50, poz. 301, Nr 107, poz. 679, Nr 125, poz. 842, Nr 127, poz. 857, Nr 165, poz. 1116, Nr 182, poz. 1228, Nr 205, poz. 1363, Nr 225, poz. 1465, Nr 238, poz. 1578 i Nr 257, poz. 1723 i 1725, z 2011 r. Nr 45, poz. 235, Nr 73, poz. 390, Nr 81, poz. 440, Nr 106, poz. 622, Nr 112, poz. 654, Nr 113, poz. 657, Nr 122, poz. 696, Nr 138, poz. 808, Nr 149, poz. 887, Nr 171, poz. 1016, Nr 205, 1203 i Nr 232, poz. 1378 oraz z 2012 r. poz. 123, 1016, 1342 i 1548.

²⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2006 r. Nr 141, poz. 1011, z 2008 r. Nr 220, poz. 1416 i Nr 234, poz. 1570 oraz z 2011 r. Nr 112, poz. 654.

1. Wprowadza się do realizacji w Siłach Zbrojnych Rzeczypospolitej Polskiej „Program profilaktyki chorób układu krążenia w Siłach Zbrojnych RP – Etap II Wyrównanie dostępności do profilaktyki i opieki kardiologicznej dla żołnierzy zawodowych – MIL - SCORE”, zwany dalej „Programem”, stanowiący załącznik do decyzji.
2. Podmiotami odpowiedzialnymi za realizację Programu są jednostki organizacyjne wojskowej służby zdrowia, dla których organem założycielskim jest Minister Obrony Narodowej:
 - 1) Klinika Kardiologii i Chorób Wewnętrznych Wojskowego Instytutu Medycznego w Warszawie;
 - 2) poradnie medycyny pracy zakładów opieki zdrowotnej, będące wiodącymi zakładami wojskowej służby zdrowia obwodów profilaktyczno-leczniczych.
3. Nadzór nad merytoryczną realizacją Programu sprawuje konsultant wojskowej służby zdrowia w dziedzinie kardiologii.
4. Program będzie finansowany z budżetu resortu obrony narodowej.
5. Szef Inspektoratu Wojskowej Służby Zdrowia:
 - 1) dokona wyboru realizatora programu zdrowotnego w drodze konkursu ofert i zawrze z wykonawcami umowy na udzielanie świadczeń z zakresu realizacji Programu;
 - 2) na wniosek konsultanta wojskowej służby zdrowia w dziedzinie kardiologii, uzasadniony postępem w rozwoju nauk medycznych, może dokonywać merytorycznej zmiany części Programu.
6. Traci moc decyzja Nr 345/MON Ministra Obrony Narodowej z dnia 31 października 2012 r. w sprawie wprowadzenia w resorcie obrony narodowej profilaktycznego programu zdrowotnego „Program profilaktyki chorób układu krążenia w Siłach zbrojnych RP – Etap II Wyrównanie dostępności do profilaktyki i opieki kardiologicznej dla żołnierzy – MIL – SCORE” (Dz. Urz. MON poz. 417).
7. Decyzja wchodzi w życie z dniem podpisania.

Minister Obrony Narodowej: *T. Siemoniak*

PROGRAM

PROFILAKTYKI CHOROÓB UKŁADU KRAŻENIA W SIŁACH ZBROJNYCH RP

ETAP II

Wyrównanie dostępności do profilaktyki i opieki kardiologicznej
dla żołnierzy zawodowych – MIL-SCORE

Data rozpoczęcia programu: rok 2013

Data zakończenia programu: rok 2016

Planowane wydatki - 9.554.000, 00 PLN¹⁾

¹⁾ Wysokość środków może ulec zmianie, gdyż budżet na profilaktyczne programy zdrowotne planowany jest na okres jednego roku. Wobec powyższego wysokość środków finansowych przewidzianych do wydatkowania w ramach programu w danym roku uzależniona jest od corocznych decyzji Departamentu Budżetowego Ministerstwa Obrony Narodowej.

1. Streszczenie

1.1. opis celów i podstawowych elementów programu.

Realizacja „Programu profilaktyki chorób układu krążenia w Siłach Zbrojnych RP – Etap II – Wyrównanie dostępności do profilaktyki i opieki kardiologicznej dla żołnierzy zawodowych – MIL-SCORE”, zwanego dalej „Programem”, na lata 2013 – 2016 ma na celu zmniejszenie różnic w dostępie do świadczeń spowodowanych uwarunkowaniami sprzętowymi oraz kontynuowanie dotychczasowych działań kierowanych na zmniejszenie zachorowalności i umieralności na choroby układu krążenia a także ograniczenie skutków niepełnosprawności i umieralności. Choroby układu sercowo-naczyniowego są najczęstszą przyczyną zgonów w Polsce. Udowodniono, że wprowadzenie profilaktyki zdrowotnej poprzez eliminację czynników ryzyka choroby wieńcowej przyczynia się do znacznej redukcji zachorowań i umieralności z powodu chorób układu krążenia. Warunkiem efektywności tych działań jest wdrożenie skutecznych i celowanych systemowych rozwiązań profilaktycznych. Pięć lat funkcjonowania programu profilaktyki chorób układu krążenia w Siłach Zbrojnych Rzeczypospolitej Polskiej w latach 2007 – 2011 pokazało skalę narażenia na czynniki ryzyka chorób układu krążenia oraz pozwoliło zapobiec ciężkim powikłaniom sercowo-naczyniowym (361 podoficerów i oficerów – w tym 3 generałów). Kadra zawodowa Wojska Polskiego ze względu na szczególne warunki wykonywania zadań wydaje się być szczególnie narażona na wystąpienie czynników ryzyka niekorzystnych zdarzeń sercowo – naczyniowych. Głównym celem II etapu Programu jest stworzenie zintegrowanego systemu oceny ryzyka i zapobiegania wystąpieniu zdarzeń sercowo-naczyniowych wśród żołnierzy zawodowych. Cel ten będzie realizowany poprzez zwiększenie skuteczności i szybkości działania w zakresie wykrywalności chorób układu krążenia, identyfikację czynników ryzyka zdarzeń sercowo-naczyniowych specyficznych dla służby wojskowej oraz oceny ich rozpowszechnienia w zależności od miejsca służby i charakteru realizowanych zadań. Ponadto zostanie oceniony wpływ migracji na ryzyko zdarzeń sercowo-naczyniowych i kumulację czynników ryzyka oraz przeprowadzona identyfikacja grup zawodowych żołnierzy, zadań służbowych oraz rejonów pełnienia służby, charakteryzujących się wysokim ryzykiem zdarzeń sercowo-naczyniowych. Wyniki uzyskane z realizacji przedsięwzięcia posłużą do zwiększenia zainteresowania i kompetencji personelu medycznego wojskowej służby zdrowia w dziedzinie profilaktyki chorób układu sercowo-naczyniowego oraz umożliwią stworzenie zintegrowanego systemu oceny ryzyka i zapobiegania wystąpieniu zdarzeń sercowo-naczyniowych wśród żołnierzy zawodowych. Jednocześnie stworzone zostaną skuteczne metody identyfikacji grup żołnierzy zawodowych, wymagających szczególnych działań profilaktycznych związanych z występowaniem wysokiego ryzyka zdarzeń sercowo-naczyniowych oraz dodatkowych czynników specyficznych dla charakteru zadań służbowych i miejsca ich wykonywania.

2. Zdefiniowanie problemu, określenie potrzeb.

2.1. opis problemu

Profilaktyka zdrowotna obejmuje zadania mające na celu zapobieganie chorobie i jej postępowi lub wystąpieniu innych zdarzeń zagrażających zdrowiu poprzez kontrolowanie przyczyn i ograniczanie ryzyka wystąpienia tych zjawisk. Wczesne wykrycie zagrożenia wystąpienia schorzenia oraz eliminacja czynników ryzyka ma na celu skuteczne powstrzymanie choroby i utrzymanie pełnego zdrowia (profilaktyka wczesna i pierwotna), jak również w przypadku już istniejącej choroby zapobiegania jej powikłaniom i inwalidztwu, poprawę rokowania i jakości życia (profilaktyka wtórna). Skuteczność działań profilaktycznych jest ściśle związana z posiadaną wiedzą

na temat rozpowszechnienia schorzeń i czynników ryzyka w danej populacji. Podstawą stworzenia efektywnych, wykonawczych programów profilaktycznych jest zgromadzenie jak największej liczby informacji specyficznych dla statusu zdrowotnego danej grupy społecznej.

Choroby układu sercowo-naczyniowego są najczęstszą przyczyną zgonów w Polsce. Umieralność spowodowana chorobami układu krążenia jest w Polsce nadal bardzo wysoka i świadczy o złym stanie zdrowia społeczeństwa. Zachorowalność na choroby układu sercowo-naczyniowego jest szczególnie rozpowszechniona w grupie mężczyzn w wieku produkcyjnym, zwłaszcza po 45 roku życia, co prowadzi do negatywnych skutków społecznych takich jak m.in. zwiększona absencja chorobowa i inwalidztwo.

Wśród czynników ryzyka chorób układu krążenia wymienia się m.in.:

- płeć męską,
- zaburzenia lipidowe,
- ciśnienie tętnicze >140/90mmHg,
- nikotynizm,
- cukrzycę i upośledzoną tolerancję glukozy,
- nadwagę i otyłość,
- małą aktywność ruchową, siedzący tryb życia,
- nieprawidłową dietę,
- przewlekły stres,
- nieprawidłową edukację zdrowotną.

W szeregu badań klinicznych wykazano, że eliminacja wymienionych czynników jest najistotniejszym działaniem w zakresie profilaktyki schorzeń układu sercowo-naczyniowego. Wymaga to współpracy w zakresie profilaktyki i promocji zdrowia organów administracji rządowej i samorządowej, instytucji badawczo – rozwojowych, placówek oświatowo-wychowawczych, organów nadzoru sanitarnego, jak również zakładów opieki zdrowotnej. Warunkiem wdrożenia skutecznych systemowych rozwiązań profilaktycznych jest efektywne ukierunkowanie zintegrowanych działań prozdrowotnych, co gwarantuje największy zysk społeczno – ekonomiczny w stosunku do poniesionych nakładów organizacyjno – finansowych.

Analizy badań realizowanego w latach 2007 – 2011 „Programu profilaktyki chorób układu krążenia – I Etap” wskazują jednoznacznie, że poziom dotychczasowych działań w kierunku ochrony zdrowia żołnierzy zawodowych jest niewystarczający.

Z raportów realizacji zadań w poprzedniej edycji programu wynika, iż podwyższony poziom cholesterolu i nadciśnienie tętnicze będą obok palenia papierosów sprawcami największej ilości zgonów w najbliższych latach. Z analiz wynika również, że około 70% przypadków chorób serca, cukrzycy typu II można uniknąć, o ile uda się wyeliminować najważniejsze czynniki ryzyka. Efektywne działania pozwolą zmniejszyć nie tylko umieralność, ale także ograniczyć chorobowość i poprawić jakość życia. Należy także podkreślić, iż choroby układu krążenia są zaliczane do chorób cywilizacyjnych, których leczenie oraz zapobieganie jest procesem długotrwałym. Prowadzenie skoordynowanych działań w zakresie profilaktyki i wczesnego leczenia chorób układu krążenia przyniesie korzyści finansowe. Dotyczą one, w aspekcie zachorowalności, chorobowości, inwalidztwa, przyczyn przedwczesnych zgonów około połowy populacji. Proponowane działania przyczynią się także do powrotu do aktywności życiowej zawodowej osób po hospitalizacji.

Populacja kadry zawodowej żołnierzy, jest grupą zwiększonego ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego. Działania w kierunku ograniczania skutków chorób układu sercowo-naczyniowego podejmowane były w Siłach Zbrojnych w latach 1993 – 1998. W badaniu profilaktycznym CORO, prowadzonym w Wojsku Polskim, stwierdzono występowanie nadwagi u 37%, nikotynizmu u 17%, a hiperlipidemii u 34% badanych; 11% żołnierzy zawodowych chorowało na nadciśnienie tętnicze,

u 13% stwierdzono chorobę wieńcową. Jednak przedstawione dane wydają się odbiegać od aktualnej sytuacji zdrowotnej w Siłach Zbrojnych.

2.2. Podsumowanie realizacji Programu profilaktyki chorób układu krążenia w Siłach Zbrojnych RP w latach 2007 – 2011.

W latach 2007 – 2011 w Siłach Zbrojnych był prowadzony Program profilaktyki chorób układu krążenia. Działania profilaktyczne zainicjowano u ponad 20 000 uprawnionych żołnierzy i około 2 000 pracowników wojska resortu obrony narodowej oraz emerytów wojskowych. Jedynie 5 128 ukończyła pełen cykl postępowania profilaktyczno – leczniczego. Doświadczenia zdobyte w programie obejmującym 23 163 żołnierzy zawodowych po 45 roku życia wskazują, że odsetek żołnierzy zawodowych z dużym i bardzo dużym ryzykiem choroby niedokrwiennej serca wynosi 55%. Połowa z nich ma nieleczone nadciśnienie tętnicze, u 63% stwierdza się podwyższony poziom trójglicerydów. Istotną obserwacją jest również niska – 25% frekwencja w grupie objętych programem profilaktycznym. W stosunku do ogółu populacji polskiej poziom narażenia na czynniki ryzyka chorób układu krążenia przedstawia się źle (Tabela 1).

Tabela 1. Porównanie wyników badania programu profilaktycznego chorób układu krążenia w SZ RP i wieloośrodkowego badania stanu zdrowia ludności w Polsce (WOBASZ)

	Mężczyźni – Program profilaktyczny w SZ	Mężczyźni WOBASZ
Palenie tytoniu	33%	42%
Nadciśnienie tętnicze	44%	42%
Hiperlipidemia	65%	67%
Otyłość BMI \geq 30	34%	20%
Cukrzyca	10%	8%
Mała aktywność fizyczna	55%	49%

Jak wykazały wykonane badania populacyjne, kadra żołnierzy zawodowych jest grupą obciążoną ponadprzeciętnym ryzykiem wystąpienia zdarzeń sercowo-naczyniowych, co pozostaje w ścisłym związku z rozpowszechnieniem następujących czynników ryzyka:

- płeć męska – większość żołnierzy zawodowych to mężczyźni, choć należy się spodziewać, że w związku ze zmianami organizacyjnymi i profesjonalizacją armii odsetek kobiet w Wojsku Polskim będzie wzrastał,
- przewlekły stres:
 - związany ze specyfiką pracy w grupie społecznej o silnej hierarchizacji opartej na zasadzie podległości służbowej i wynikającymi z tego trudnościami adaptacyjnymi,
 - narażeniem na udział w działaniach wojennych,
 - nienormowanym czasem pracy, niejednokrotnie zaburzającym cykl dobowy aktywności i snu (np.: praca w systemie dyżurowym),
- nikotynizm – efekt nieprawidłowej reakcji na stres oraz przejmowania wzorców zachowań w danej grupie społecznej,

- nieprawidłowa dieta – okresowe lub stałe żywienie zbiorowe, brak możliwości indywidualizacji diety.

Szkodliwe czynniki środowiskowe, w tym:

- narażenie na zmienne, niejednokrotnie ekstremalne warunki klimatyczne,
- ekspozycja na szkodliwe czynniki fizyczne i chemiczne w tym np.: hałas, promieniowanie magnetyczne,
- narażenie na szkodliwe czynniki biologiczne związane z przebywaniem w dużych zbiorowiskach ludzkich (np.: wirusy grypy) oraz w rejonach świata o zwiększonym ryzyku występowania groźnych chorób zakaźnych (np.: malaria, żółta febra, dur brzuszny).

W ocenie czynników ryzyka sercowo-naczyniowego szczególnie istotny wydaje się udział Sił Zbrojnych w misjach poza granicami kraju. Uczestnictwo w misjach wojskowych wiąże się z istotnym zagrożeniem zdrowia i życia, a równoczesna kumulacja czynników ryzyka może prowadzić do szczególnie szkodliwych skutków zdrowotnych. Ich wczesny efekt jest zazwyczaj uchwytany i wymaga interwencji terapeutycznej w krótkim okresie po powrocie z misji (zespół stresu pourazowego), zaś zagrożenia opóźnione, w tym zwiększone ryzyko sercowo – naczyniowe, zwykle pozostają poza kontrolą opieki zdrowotnej i nie podlegają właściwej profilaktyce.

Specyfika służby wojskowej wiąże się również ze zjawiskiem migracji kadry zawodowej. Może mieć ona charakter stały (wielokrotne zmiany miejsca zamieszkania związane ze zmianą pełnienia służby wojskowej) oraz okresowy (udział w szkoleniach, wyjazdy służbowe, misje poza granicami kraju).

Z punktu widzenia opieki zdrowotnej niekorzystne zjawiska związane z migracją obejmują:

- częste zmiany miejsca pracy i zamieszkania, niejednokrotnie związane z czasową rozłąką z rodziną i trudnościami adaptacyjnymi, co przyczynia się do nasilenia czynników ryzyka takich jak np.: przewlekły stres, nałogi,
- czasowe lub stałe zakwaterowanie w trudnych warunkach lokalowych, w dużych skupiskach ludzkich (koszary, internaty, hotele wojskowe), co zwiększa ryzyko szerzenia chorób zakaźnych oraz utrudnia realizację założeń prozdrowotnego trybu życia (regularny wysiłek fizyczny, higiena snu),
- okresowe lub stałe żywienie zbiorowe – jako jedyna alternatywa wobec braku możliwości żywienia w warunkach domowych.

Brak ciągłości opieki zdrowotnej oraz zaburzony przepływ informacji o stanie zdrowia żołnierza, wynikający z częstej zmiany placówek Publicznej Opieki Zdrowotnej oraz dysproporcji w dostępie do usług medycznych w różnych rejonach pełnienia służby.

Konsekwencją migracji może być nasilenie penetracji czynników ryzyka sercowo – naczyniowego oraz istotne ograniczenie możliwości ich kontroli przez pacjenta i lekarza POZ. Brak narzędzi usprawniających szybką i skuteczną identyfikację żołnierzy zawodowych obciążonych podwyższonym ryzykiem wystąpienia zdarzeń sercowo – naczyniowych powoduje nieskuteczność podejmowanych działań profilaktycznych.

Dotychczasowy system opieki profilaktycznej w Wojsku Polskim, oparty na kartach badań profilaktycznych jest niedostosowany do bieżących realiów służby wojskowej, m.in. odbiega od aktualnych zasad oceny ryzyka wystąpienia schorzeń przewlekłych (np.: systemu SCORE) oraz nie wykorzystuje dostępnych narzędzi medycznych, takich jak np: elektroniczne bazy danych. Gromadzenie indywidualnej dokumentacji medycznej żołnierzy zawodowych jedynie w postaci dokumentacji klasycznej ogranicza jej dostępność i nie rozwiązuje problemu opieki zdrowotnej poza miejscem stałej dyslokacji. W przypadku zaistnienia stanu zagrożenia życia żołnierza przebywającego poza jednostką macierzystą brak dostępu do ww informacji może przyczynić się

do pogorszenia rokowania i zwiększenia ryzyka powikłań. W konsekwencji należy liczyć się ze wzrostem kosztów hospitalizacji, rehabilitacji, świadczeń rentowych i odszkodowawczych, jak również obniżeniem aktywności zawodowej kadry.

System opieki profilaktycznej i kardiologicznej wydaje się niewystarczający dla nowych zadań stojących przed Siłami Zbrojnymi.

Poniżej przedstawiono główne problemy w systemie opieki zdrowotnej nad żołnierzami:

- niższe niż ogólnopolskie wskaźniki w zakresie wyposażenia w sprzęt ośrodków kardiologicznych, kardiochirurgicznych i neurologicznych oraz dostępu do świadczeń zdrowotnych w zakresie chorób sercowo – naczyniowych,
- dysproporcje regionalne w organizacji i dostępności opieki kardiologicznej, kardiochirurgicznej i neurologicznej,
- niewystarczający zakres profilaktyki wczesnej i pierwotnej chorób układu sercowo – naczyniowego, ze szczególnym uwzględnieniem niedostatecznej edukacji prozdrowotnej prowadzonej w jednostkach,
- wysoki poziom cholesterolu u osób w populacji żołnierzy tj. powyżej 5mmol/l,
- wartość ciśnienia tętniczego u osób po 45 r.ż powyżej 140/90 mmHg,
- rozpowszechniona zapadalność na cukrzycę typu II,
- palenie tytoniu,
- niedostateczna świadomość prozdrowotna,
- niedostateczny poziom aktywności fizycznej i otyłość,
- nadużywanie alkoholu.

Bezdiskusyjnie aktualne zadania Sił Zbrojnych jako członka NATO wymagają dobrego stanu zdrowia kadry zawodowej.

3. Uzasadnienie kontynuacji programu i oczekiwane efekty.

Programem zostaną objęci żołnierze zawodowi Wojska Polskiego ze szczególnym uwzględnieniem grup o zwiększonym prawdopodobieństwie wystąpienia czynników ryzyka sercowo-naczyniowego (mężczyźni > 45 roku życia, uczestnicy misji poza granicami kraju, żołnierze odbywający służbę w szczególnie trudnych warunkach). Realizacja Programu byłaby nie tylko próbą oceny rozpowszechnienia czynników ryzyka sercowo-naczyniowego, ale również identyfikacji czynników ryzyka specyficznych dla populacji żołnierzy zawodowych. Zapewniłoby to możliwość ukierunkowania działań profilaktycznych oraz racjonalne gospodarowanie zasobami kadry medycznej i środkami finansowymi. Korzyścią realizacji Programu byłoby więc nie tylko oszacowanie „klasycznego” ryzyka sercowo-naczyniowego wśród żołnierzy zawodowych, ale również jego stratyfikacja z uwzględnieniem specyfiki służby wojskowej.

Utworzenie profesjonalnego systemu ewidencyjno-informatycznego, jako źródła informacji na temat stanu zdrowia żołnierzy zawodowych, umożliwiłoby:

- 1) sprawny przepływ informacji medycznej pomiędzy jednostkami odpowiedzialnymi za realizację zabezpieczenia medycznego kadry w kraju i poza jego granicami;
- 2) skuteczną kontrolę realizacji zadań profilaktycznych i rzetelną sprawozdawczość organów nadzorujących;
- 3) optymalną alokację środków finansowych przeznaczonych na ochronę zdrowia w Wojsku Polskim;
- 4) spodziewanym efektem działań profilaktycznych związanych z modyfikacją czynników ryzyka i optymalnym leczeniem schorzeń przewlekłych byłoby zmniejszenie umieralności ogólnej, zachorowalności oraz umieralności z powodu chorób układu krążenia. Z uwagi na nowatorski

charakter proponowanego Programu nie jest obecnie możliwa dokładna analiza jego efektów ekonomicznych (cost-effectiveness).

Należy się jednak spodziewać, że wymierne efekty zdrowotne przyczyniłyby się do:

- 1) zmniejszenia absencji chorobowej żołnierzy zawodowych;
- 2) zmniejszenia częstości hospitalizacji z przyczyn sercowo-naczyniowych, takich jak: choroba niedokrwienna serca (I20-I25), ostry zawał serca (I21), miażdżyca (I70), udar mózgu (I64) i związanych z nią kosztami specjalistycznej opieki zdrowotnej;
- 3) zmniejszenia przedwczesnego inwalidztwa i związanych z tym świadczeń socjalnych;
- 4) zmniejszenia wypadkowości w miejscu pracy (np. w czasie obowiązkowych ćwiczeń z wychowania fizycznego) i związanych z nią wysokości świadczeń odszkodowawczych.

Istotną zaletą proponowanego rozwiązania jest wykorzystanie w działaniach profilaktycznych nowoczesnego systemu informatycznego. Elektroniczna baza danych gwarantuje przejrzystość i szybki dostęp do najważniejszych danych, jak również możliwość długotrwałego ich przechowywania w różnych formach zapisu. Pozwala także wyeliminować niekorzystne czynniki, takie jak: utrata, czasowy lub stały brak dostępu do danych, błędy związane z ich powielaniem, rozproszenie danych w różnych placówkach służby zdrowia. Zintegrowany system oceny ryzyka sercowo-naczyniowego gwarantuje wyższą skuteczność i efektywność ekonomiczną działań prozdrowotnych, jak również lepszą optymalizację procesu diagnostyczno-terapeutycznego w objętej badaniem populacji. Interdyscyplinarny charakter działań profilaktycznych i proponowanego systemu ewidencyjno-informatycznego daje ponadto możliwość wykorzystania jego wyników przez inne obszary ochrony zdrowia i higieny miejsca pracy, takie jak np. psychoprofilaktyka i nadzór sanitarno-higieniczny. W wielu przypadkach istotnym elementem skutecznej realizacji Programu będzie współpraca z cywilnym placówkami służby zdrowia, czego pozytywnym skutkiem może być propagowanie działań profilaktycznych również poza środowiskiem populacji objętej Programem.

Zintegrowany system oceny ryzyka i zapobiegania wystąpieniu zdarzeń sercowo-naczyniowych wśród żołnierzy zawodowych Wojska Polskiego ma szansę stanowić wzorzec skutecznej realizacji zadań prozdrowotnych w różnych grupach społecznych (np. funkcjonariuszy policji, służb więziennych, rodzinach patologicznych), jak również w zakresie profilaktyki innych schorzeń przewlekłych (chorób nowotworowych, chorób płuc, chorób zakaźnych). Systemy ewidencyjno-informatyczne mogą stać się narzędziem opieki długofalowej oraz być podstawą strukturalnego i naukowego rozwoju elementów związanych z prowadzeniem diagnostyki i terapii najczęstszych chorób przewlekłych.

4. Powody dla kontynuacji finansowania programu profilaktyki chorób układu krążenia.

- 1) Kontynuacja programu jest niezbędna ze względu na konieczność ograniczenia w Siłach Zbrojnych RP rozpowszechnienia czynników ryzyka chorób sercowo-naczyniowych oraz ich skutków. Bez wsparcia sprzętowego i kontynuacji postępowania profilaktycznego efekty realizacji programu w latach 2007-2011 w latach ubiegłych będą zaprzepaszczone;
- 2) Z przeprowadzonych w latach 2007-2011 badań profilaktycznych wynika, że wiedza na temat czynników ryzyka choroby wieńcowej i udarów mózgu oraz sposobów ich eliminacji jest niedostateczna wśród żołnierzy. Istnieje zatem ogromna potrzeba edukacji w tym zakresie. Projekty takie powinny uwzględniać nowoczesne zasady marketingu społecznego. Zgodnie z priorytetami dokumentów europejskich należy podkreślić, że postęp w ostatnich 5 latach, jeśli miał miejsce, dotyczył w nierównym stopniu różnych obwodów profilaktyczno-leczniczych np. korzystne zmiany wystąpiły szybciej w jednostkach zlokalizowanych wokół dużych szpitali wojskowych niż w jednostkach rozproszonych na terenie kraju;
- 3) Powody ekonomiczne: w świetle najnowszych publikacji, profilaktyka i skuteczne leczenie chorób serca i naczyń jest uzasadniona także ze względów ekonomicznych. Przykładowo koszt

całościowy jednej operacji wad serca i aorty piersiowej w krążeniu pozaustrojowym wynosi 12000,00 zł, tymczasem w 2008 roku w Polsce przeprowadzono 24228 operacji kardiologicznych w Polsce leczonych było 39802 pacjentów. Opłacalność profilaktyki jako metody mającej na celu zapobieganie chorobom układu krążenia potwierdzają analizy ekspertów WHO;

- 4) Nowatorstwo i innowacyjność programu: Etap II programu profilaktyki chorób układu krążenia nawiązuje do poprzedniej edycji programu w zakresie zadań dotyczących potrzeb sprzętowych i ludzkich. Potrzeby te zostały zaktualizowane m.in. w oparciu o opinie Koordynatorów programu w obwodach profilaktyczno-leczniczych oraz konsultanta wojskowej służby zdrowia w dziedzinie kardiologii. Poprzez wsparcie dwóch kluczowych elementów – wyposażenia w aparaturę medyczną (w dużej mierze już zakupionej) oraz działania edukacyjno-społecznego Program będzie podstawą dla działań środowiska kardiologów, internistów, lekarzy rodzinnych, diabetologów i neurologów oraz działań na rzecz poprawy jakości i dostępności do świadczeń w zakresie chorób układu krążenia. Inwestycje poczynione przez wojskową służbę zdrowia w latach 2007–2011 nie zostaną zaprzeczane i zostaną kontynuowane dla dobra Sił Zbrojnych;

- 5) Wykorzystanie dotychczasowych doświadczeń

W opracowaniach programu profilaktycznego w latach 2007-2011 wykonano szereg analiz odnoszących się do różnorodnych aspektów związanych z chorobami układu sercowo – naczyniowego. Wszystkie te opracowania stanowią bazę dla ustalenia szczegółowych celów i kierunków działań w latach 2013–2016. Wyniki polskich programów monitorujących sytuację w zakresie rozpowszechnienia i kontroli czynników ryzyka w kraju jednoznacznie wskazały na bardzo duże zadanie prewencji chorób sercowo-naczyniowych, jako na główny problem medyczny;

- 6) Promowanie współpracy wśród wiodących szpitali w obwodach profilaktyczno-leczniczych, przychodniami wojskowymi oraz jednostkami wojskowymi. Dzięki poprawie wyposażenia sprzętowego, ośrodki na szczeblu lokalnym będą miały możliwość lepszej współpracy z jednostkami. Nastąpi także bardziej wyraźne kierunkowanie działań na problemy wiążące się z chorobami układu sercowo-naczyniowego w Polsce, a także włączenie się do działań edukacyjnych lekarzy w jednostkach.

5. Szczegółowy opis Programu.

5.1 Cel główny

Celem głównym I Etapu programu było obniżenie zachorowalności i umieralności z powodu chorób układu krążenia populacji objętej programem poprzez wczesne wykrywanie, redukcję i natężenie czynników ryzyka lub ich eliminację.

Celem głównym II Etapu Programu jest stworzenie zintegrowanego systemu oceny ryzyka i zapobiegania wystąpieniu zdarzeń sercowo-naczyniowych wśród żołnierzy zawodowych Wojska Polskiego.

5.2 Cele szczegółowe

- 1) Zwiększenie dostępności do badań profilaktycznych i opieki kardiologicznej;
- 2) Zwiększenie skuteczności i szybkości działania w zakresie wykrywalności chorób układu krążenia w populacji objętej Programem;
- 3) Identyfikacja czynników ryzyka zdarzeń sercowo-naczyniowych specyficznych dla służby wojskowej oraz ocena ich rozpowszechnienia w zależności od miejsca pełnienia służby i charakteru realizowanych zadań;
- 4) Ocena wpływu migracji na ryzyko zdarzeń sercowo-naczyniowych;

- 5) Identyfikacja grup zawodowych żołnierzy, zadań służbowych oraz rejonów pełnienia służby charakteryzujących się wysokim ryzykiem zdarzeń sercowo-naczyniowych;
- 6) Zwiększenie poziomu zainteresowania i kompetencji personelu medycznego wojskowej służby zdrowia w dziedzinie profilaktyki chorób układu sercowo-naczyniowego.

Pierwszą fazą

realizacji Programu będzie stworzenie rejestru medycznego w grupie żołnierzy zawodowych, obejmującego dane epidemiologiczne, wywiad chorobowy oraz dotychczas wykonane badania diagnostyczne. Do pozyskania powyższych danych wykorzystana zostanie technika telemedyczna w celu wykorzystania dotychczasowych zbadanych żołnierzy oraz badania profilaktyczne za pomocą zmodyfikowanych ankiet opracowanych przez realizatora projektu.

Sprzęt umożliwiający monitorowanie funkcji życiowych w szerokim zakresie pozostaje na wyposażeniu obwodów profilaktyczno-leczniczych w wyniku dokonanych inwestycji w latach ubiegłych. Rejestracją będą objęte: krzywa bioelektrycznej pracy serca, pomiary tętna i ciśnienia tętniczego, ocena wysycenia tlenem krwi, osoczowe stężenie glukozy. Ocena parametrów pozwoli z upływem czasu na wyznaczenie wypadkowego kierunku ich zmian, a przez to wyeliminowanie incydentalnych odchyleń (np. „nadciśnienie białego fartucha”).

Nie bez znaczenia jest możliwość konsultacji wysokospecjalistycznych, które dzięki telemedycznym przekazom będą dostępne dla lekarzy jednostek wojskowych sprawujących nadzór medyczny nad żołnierzami w warunkach ambulatoryjnych. Konsultacje lekarza specjalisty udzielane lekarzowi jednostki wojskowej przyczynią się do poprawy jakości opieki medycznej.

Badania profilaktyczne fazy I zostaną wykonane w podmiotach leczniczych dla których organem założycielskim i nadzorującym jest Minister Obrony Narodowej. Są one kontynuacją badań profilaktycznych w Siłach Zbrojnych w latach 2007–2011 i obejmować będą następujący zakres:

Lp.	ZAKRES	Koszt (w zł)
1.	Przeprowadzenie wywiadu zgodnie z Kartą Badania Profilaktycznego Układu Krążenia,	15,00
2.	Ustalenie terminu wizyty u lekarza,	5,00
3.	Pobranie krwi	15,00 – 30,00 (30,00 poza jednostką wykonującą- koszty delegacji) przyjęto do szacunku kwotę średnią 22,00/za pobranie
4.	Wykonanie badań biochemicznych krwi: (stężenie we krwi cholesterolu całkowitego - 7,00zł , LDL- cholesterolu - 7,00 zł, HDL- cholesterolu - 7,00zł, trójglicerydów - 7,00zł, poziomu cukru na czczo - 7,00zł , TSH - 30,00zł), pomiar ciśnienia tętniczego krwi - 15,00zł, określenie BMI - 5,00 zł,	85,00 kwota łączna
5.	Wpisanie wyników badań do Karty Badania Profilaktycznego Układu Krążenia (<i>Załącznik nr 1</i>) - wypełnia pielęgniarka	10,00

6.	Przeprowadzenie badania przedmiotowego przez lekarza i ocena poszczególnych czynników ryzyka, wg kryteriów podanych w „Informacji o kryteriach czynników ryzyka chorób układu krążenia” (<i>Załącznik Nr 2</i>), dokonanie podziału badanych osób na 3 grupy wg systemu oceny pacjenta skali SCORE (<i>Załącznik Nr 3</i>). Grupa zieloną stanowią żołnierze z ryzykiem sercowo-naczyniowym większym mniejszym od 2%. Grupa żółta to żołnierze z ryzykiem na poziomie od 2% i nie większym niż 5% wg SCORE. Do grupy czerwonej należy zakwalifikować chorych z ryzykiem zgonu z przyczyn sercowo-naczyniowych na poziomie 5% i większym lub z rozpoznaną chorobą układu krążenia (nie dotyczy nadciśnienia tętniczego), cukrzycą typu 2 lub cukrzycą typu 1 z mikroalbuminurią oraz u chorych ze znacznie nasilonym 1 czynnikiem ryzyka wg SCORE. Dla osób poniżej 40 roku życia należy zastosować tabelę ryzyka względnego (<i>Załącznik Nr 4</i>). Uzyskany wynik zostaje zapisany w Karcie Badania Profilaktycznego Układu Krążenia	100,00 – 300,00 w zależności od wykonującego badanie, tj. stopnia naukowego, czy specjalizacji przyjęto do szacunku kwotę średnią 180,00/za badanie
7.	Edukacja pacjenta: rozmowa, przekazanie materiałów zachęcających do zmiany stylu życia na bardziej sprzyjający zdrowiu	60,00
	Razem średni koszt jednostkowy za badanego	372,00

Szacunkowa grupa, która zgłosi się do wykonania badań podstawowych z populacji żołnierzy objętej Programem wynieść może od 6 000 – 9 000 żołnierzy.

Koszty pierwszej fazy obejmują:

- 1) zakres badań (pkt 1 – 7):
(6 000,00 x 372,00 zł = 2 232 000,00 zł; 9 000 x 372,00 zł = 3 348 000,00 zł);
- 2) koszty wynagrodzeń dla Koordynatorów Programu, których zakres zadań określa pkt 5.5 - 135,00 zł za badanego (2 500,00 x 135,00 zł = 337 500 zł ; 4 000 x 135,00 zł = 540 000,00 zł);
- 3) koszty obsługi administracyjno-koordynacyjne jednostki wiodącej Programu, tj. WIM-u, która nadzorować będzie realizację Programu przez poszczególne jednostki obwodów profilaktycznych – 50,00 zł (2 500 x 50,00 zł = 125 000,00 zł; 4 000 x 50,00 zł = 200 000,00 zł);
- 4) koszty pośrednie, czyli narzut na poniesione koszty bezpośrednie przez poszczególne jednostki realizujące Program w wysokości ok. 20% średnio.

Ogólny szacunkowy koszt pierwszej fazy Programu to wysokość kosztów w przedziale :

- przy zgłaszalności 6 000 badanych – kwota 3 233 400,00 zł
- przy zgłaszalności 9 000 badanych – kwota 4 905 600,00 zł

Do końcowej kalkulacji kosztowej pierwszej fazy Programu realizowanego w okresie 2013–2016 r. przyjęto kwotę średnią z powyższych wyliczeń tj. kwotę 4 031 984,00 zł.

W drugiej fazie

zespół nadzorujący realizację Programu dokona na podstawie zgromadzonych danych identyfikacji czynników ryzyka specyficznych dla służby wojskowej. W tej fazie wykonywane będą również specjalistyczne badania dodatkowe wg decyzji lekarzy profilaktyków lub zespołu nadzorującego badanie. Badania będą zlecane grupie żółtej i czerwonej w poszczególnych placówkach Obwodów Profilaktyczno-Lecznicznych (w przypadku medycznie uzasadnionym) oraz w Wojskowym Instytucie Medycznym po skierowaniu uczestnika Programu na badania przez lekarza koordynatora. Szacunkowa

grupa wymagająca badań dodatkowych to 6 000 żołnierzy (wykaz możliwych badań wraz z cenami poniżej), a obejmować może w zależności od wskazań następujący zakres:

lp	ZAKRES	Koszt (w zł)
1.	Badanie holterowskie	130,00
2.	Badanie holterowskie z oceną czynności stymulatora	150,00
3.	Echo przezprzełykowe	230,00
4.	Echo z Dopplerem spektralnym i kolorowym	140,00
5.	Próba dobutaminowa (Echo) (tylko w trakcie hospitalizacji)	300,00
6.	Test pochyleniowy	250,00
7.	Test wysiłkowy EKG na bieżni	130,00
8.	Test wysiłkowy spiroergometryczny (ergometr rowerowy z badaniem gazów oddechowych)	230,00
Razem średni koszt jednostkowy za badanego		1 560,00 600,00 – 780,00/za przebadanego*

*przyjęto do szacunku kwotę średnią, z uwagi, iż nie każdy badany będzie podlegał pełnemu spektrum badań – w zależności od wskazań

Koszty drugiej fazy obejmują:

- 1) Zakres badań (pkt 1 – 8)
(6 000,00 x 600,00 zł = 3 600 000,00 zł);
- 2) Chorzy z nadciśnieniem tętniczym będą mieli wykonane badanie 24 monitorowanie ciśnienia (cena 115 zł). Chorzy z grupy czerwonej i nietypowymi dolegliwościami w grupie żółtej będą mieli wykonane badanie angio CT poszerzone o ocenę wskaźnika uwapnienia (700 zł + 300 zł).
W przypadkach wątpliwych rozstrzygająca będzie koronarografia w trybie szpitalnym:
- szacunkowo 10 % z grupy 6 000 tj. 600 x 115,00 zł = 69 000,00 zł,
- szacunkowo 5 % z grupy 6 000 tj. 300 x 500,00 zł = 150 000,00 zł,

Razem szacunkowo 219 000,00 zł;

- 3) Koszty obsługi administracyjno-koordynacyjne jednostki wiodącej Programu, tj. WIM-u, która nadzorować będzie realizację Programu przez poszczególne jednostki obwodów profilaktycznych – 50,00 zł (1 000,00 x 50,00 zł = 50 000,00 zł);
- 4) Koszty pośrednie, czyli narzut na poniesione koszty bezpośrednie przez poszczególne jednostki realizujące Program w wysokości średnio ok. 20%. Ogólny szacunkowy koszt drugiej fazy Programu to (przy ilości 6 000 badanych) kwota 4 642 800,00 zł.

W trzeciej fazie

szczegółowej diagnostyce zostanie poddana reprezentatywna grupa 200 żołnierzy zawodowych o wysokim ryzyku wystąpienia niekorzystnych zdarzeń sercowo-naczyniowych:

W warunkach stacjonarnej opieki zdrowotnej:

lp.	ZAKRES	Koszt (w zł)
1.	całodobowa rejestracja EKG (Holter-ekg)	130,00
2.	całodobowa rejestracja wartości ciśnienia tętniczego (ABPM),	115,00
3.	próba wysiłkowa (test wysiłkowy na bieżni/spiroergometria),	230,00
4.	badanie echokardiograficzne	150,00
5.	badania laboratoryjne (poziom glukozy – 7,00 zł, kreatyniny – 7,00, mocznika – 7,00 zł, kwasu moczowego – 7,00 zł, fibrynogenu – 10,00 zł, CRP – 21,00 zł, lipidogram – 30,00 zł)	łącznie kwota 89,00
6.	kardiografia impedancyjna,*	150,00
7.	nieinwazyjne badania obrazowe wg wskazań (scyntygrafia serca SPECT lub MSCT)	800,00/1 160,00 980,00 przyjęto do szacunku kwotę średnią
8.	koszty pobytu szpitalnego	400,00/doba średnio 3 doby x 400,00 = 1 200,00
	Razem średni koszt jednostkowy za badanego	3 044,00

W trakcie realizacji zadań służbowych:*

* - **procedury realizowane w ośrodkach dysponujących odpowiednim sprzętem.**

Koszty trzeciej fazy obejmują:

1) zakres badań (pkt 1 – 8)

200,00 x 3 044,00 zł = 608 800,00 zł;

2) koszty pośrednie, czyli narzut na poniesione koszty bezpośrednie przez jednostkę realizującą Program w wysokości ok. 20% średnio.

Ogólny szacunkowy koszt drugiej fazy Programu to przy ilości 200 badanych - kwota 730 560,00 zł.

W czwartej fazie

realizator Programu:

1) Dokona ponownej oceny ryzyka sercowo-naczyniowego w grupie żołnierzy zawodowych, biorących udział w trzecim etapie Programu, z uwzględnieniem wyników badań diagnostycznych.

Koszt szacunkowy

– 1 profesor/koordynator Programu: 2 osobomiesiące x 10 276,00 zł x 1 os. = 20 552,00 zł,

– 3 lekarzy wykonawców: 1 osobomiesiące x 5 000,00 zł x 3 os. = 15 000,00 zł,

– 1 os. pomoc techniczno-administracyjna: 1 osobomiesiące x 2 500,00 zł. x 1 os. = 2 500,00 zł;

2. Opracuje zasady ukierunkowanej profilaktyki zdarzeń sercowo-naczyniowych specyficznej dla populacji żołnierzy zawodowych oraz algorytmy postępowania z osobami wysokiego ryzyka sercowo-naczyniowego z uwzględnieniem czynników ryzyka specyficznych dla służby wojskowej.

Koszt szacunkowy :

- profesor /koordynator Programu: 3 osobomiesiące x 10 276,00 zł x 1 os. = 30 828,00 zł
- 3 lekarzy wykonawców: 3 osobomiesiące x 5 000,00 zł x 3 os. = 45 000,00 zł
- 2 os. pomoc techniczno-administracyjna w przygotowaniu opracowań:
2 osobomiesiące x 2 500,00 zł. x 2 os. = 10 000,00 zł

Razem koszt czwartej fazy 123 880,00 zł x koszty pośrednie 20% = 148 656,00 zł.

W trakcie realizacji zadań etapów drugiego, trzeciego oraz czwartego kontynuowane będą zadania etapu pierwszego.

5.3 Oczekiwane efekty realizacji Programu.

- 1) Stworzenie zintegrowanego systemu oceny ryzyka i zapobiegania wystąpieniu zdarzeń sercowo-naczyniowych wśród żołnierzy zawodowych Wojska Polskiego;
- 2) Usprawnienie dostępu do danych dotyczących stanu zdrowia żołnierzy zawodowych wszystkim organom ochrony zdrowia biorącym udział w procesie profilaktyczno-diagnostyczno-leczniczym;
- 3) Opracowanie metod identyfikacji osób z wysokim ryzykiem zdarzeń sercowo-naczyniowych;
- 4) Wyznaczenie skutecznych technik identyfikacji grup żołnierzy zawodowych, wymagających szczególnych działań profilaktycznych związanych z występowaniem wysokiego ryzyka zdarzeń sercowo-naczyniowych oraz dodatkowych czynników ryzyka specyficznych dla charakteru zadań służbowych i miejsca ich wykonywania.

5.4 Opis procedur wykonanych w Programie profilaktyki chorób układu krążenia w Siłach Zbrojnych RP – II Etap.

- 1) Na wniosek koordynatorów Programu profilaktycznego dowódcy jednostek wojskowych prześlą listy osób wytypowanych do badań profilaktycznych wraz z kontaktem telefonicznym do realizatorów w poszczególnych podmiotach leczniczych dla których organem założycielskim i nadzorującym jest Minister Obrony Narodowej;
- 2) Badania profilaktyczne fazy I zostaną wykonane w podmiotach leczniczych dla których organem założycielskim i nadzorującym jest Minister Obrony Narodowej. Są one kontynuacją badań profilaktycznych w Siłach Zbrojnych w latach 2007–2011;
- 3) Kolejne fazy Programu zostaną wykonane w miejscach wskazanych przez koordynatora głównego Programu – konsultanta wojskowej służby zdrowia w dziedzinie kardiologii.

5.5 Organizacja badań w obwodach profilaktyczno-leczniczych.

- 1) Badania wynikające z Programu prowadzone są w podmiotach leczniczych dla których organem założycielskim i nadzorującym jest Minister Obrony Narodowej;
- 2) Dyrektorzy wojskowych zakładów leczniczych, o których mowa w pkt 1, wyznaczą spośród etatowych pracowników lekarzy odpowiedzialnych za koordynację i nadzór nad przebiegiem ww. badań, zwanych dalej Lekarzami Koordynatorami;
- 3) Lekarz Koordynator jest odpowiedzialny za:
 - a) pisemne powiadamianie zainteresowanych osób o terminie badań,

- b) określenie, indywidualnie dla każdego badanego, zakresu i rodzaju badań specjalistycznych, dodatkowych i laboratoryjnych, ze szczególnym uwzględnieniem oceny układu krążenia (układ krytyczny),
- c) koordynację i nadzór nad prowadzeniem badań,
- d) prowadzenie dokumentacji medycznej Programu Profilaktyki Chorób Układu Krążenia (gromadzenia Kart Badań Profilaktycznych oraz ich przekazywanie do koordynatora głównego).

6. Harmonogram i kosztorys projektu:

Lp.	Nazwa zadania	Termin realizacji
1	Analiza piśmiennictwa, teoretyczne przygotowanie składowych rejestru medycznego, szkolenie dla osób kwalifikujących się do grupy badanej, stworzenie i przygotowanie ankiet medycznych, stworzenie centralnej bazy danych. Badania profilaktyczne.	2013
2	Badania profilaktyczne wprowadzenie uzyskanych drogą ankiet danych medycznych do rejestru.	2013 – 2015
3	Wstępna analiza danych z identyfikacją czynników ryzyka specyficznych dla służby wojskowej. Dalsze badania profilaktyczne	2014
4	Szczegółowa diagnostyka kardiologiczna reprezentatywnej grupy żołnierzy z wysokim ryzykiem zdarzeń sercowo – naczyniowych. Kontynuacja badań profilaktycznych.	2014 – 2015
5	Analiza całościowa uzyskanych danych rejestru. Opracowanie zasad profilaktyki zdarzeń sercowo – naczyniowych według przyjętych celów i założeń badania.	2016

Wydatki na realizację:

2013	2014	2015	2016	Razem
2.050.000	3.147.000	2.532.000	1.825.000	9.554.000

Łącznie na lata 2013-2016 całkowita kwota potrzebna na wykonanie II Etapu – 9.554.000, 00 zł., w tym szacunkowo poszczególne fazy :

Pierwsza faza – kwota **4 031 984,00 zł**,

Druga faza – kwota **4 642 800,00 zł**,

Trzecia faza – kwota **730 560,00 zł**,

Czwarta faza – kwota **148 656,00 zł**.

Warunkiem realizacji jest zabezpieczenie środków finansowych przez Ministra Obrony Narodowej.

Wyżej wymieniony kosztorys obejmuje dodruk materiałów informacyjnych (ok. 30 tys. rocznie).

7. Monitorowanie Programu.

Realizator Programu jest zobowiązany do przekazywania do instytucji nadzorującej:

- 1) Zakresu przeprowadzonych badań
 - a) liczby osób objętych Programem,
 - b) liczby osób, które zgłosiły się na badania,

- c) liczby przebadanych chorych w poszczególnych grupach ryzyka,
 - d) szczegółowej listy przebadanych wraz z numerami PESEL (po uzyskaniu zgody na przetwarzanie danych osobowych od badanych żołnierzy),
 - e) liczby osób w zależności od rodzaju pełnionej służby;
- 2) Efekty przeprowadzonych badań:
- a) liczba osób z rozpoznaniem nadciśnieniem tętniczym,
 - b) liczby osób, które podlegały leczeniu ambulatoryjnemu,
 - c) liczby osób skierowanych na hospitalizację,
 - d) liczba osób z czynnikami ryzyka związanymi ze służbą wojskową,
 - e) liczba osób często podlegających migracjom związanymi ze służbą wojskową.

8. Dokumentacja Programu.

- 1) Zbiorcza i indywidualna dokumentacja pacjentów będzie prowadzona i przechowywana zgodnie z obowiązującymi przepisami o dokumentacji medycznej w Klinice Kardiologii i Chorób Wewnętrznych Wojskowego Instytutu Medycznego;
- 2) Sprawozdania z realizacji Programu oraz meldunek zbiorczy podsumowujący Program będą sporządzone przez Koordynatora Głównego z Wojskowego Instytutu Medycznego;
- 3) Bieżąca ocena realizacji Programu – raporty do Szefa Inspektoratu Wojskowej Służby Zdrowia;
- 4) Podsumowanie Programu – raport do Szefa Inspektoratu Wojskowej Służby Zdrowia;
- 5) Podsumowanie obu etapów realizacji Programu – raport Szefa Inspektoratu Wojskowej Służby Zdrowia do Ministra Obrony Narodowej.

9. Podstawy prawne.

Program dotyczy ważnych zjawisk epidemiologicznych i istotnych problemów zdrowotnych oraz przedsięwzięć prewencyjnych, a stosownie do decyzji Nr 79/MON/SSG Ministra Obrony Narodowej z dnia 10 sierpnia 2011 r. w sprawie nadania szczegółowego zakresu działania Inspektoratowi Wojskowej Służby Zdrowia zadania w zakresie profilaktyki zdrowotnej w resorcie obrony narodowej należą do szczegółowego zakresu działania Inspektoratu Wojskowej Służby Zdrowia.

Art. 6 ust. 1 pkt 5 i 6 lit. b w związku z art. 22 pkt 2 ustawy z dnia 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy (Dz. U. z 2004 r. Nr 125, poz. 1317, z późn.zm.²⁾) określa, że służba medycyny pracy jest właściwa do realizowania zadań z zakresu m.in. inicjowania i realizowania promocji zdrowia, a zwłaszcza profilaktycznych programów prozdrowotnych, wynikających z oceny stanu zdrowia pracujących oraz inicjowania działań pracodawców na rzecz ochrony zdrowia pracowników i udzielania pomocy w ich realizacji m. in. wdrażania zasad profilaktyki zdrowotnej u pracowników należących do grup szczególnego ryzyka.

Art. 48 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.³⁾), określa, że programy zdrowotne mogą opracowywać, wdrażać, realizować i finansować ministrowie, jednostki samorządy terytorialnego lub Fundusz i dotyczą one m.in. ważnych zjawisk epidemiologicznych, istotnych problemów zdrowotnych

²⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2006 r. Nr 141, poz. 1011, z 2008 r. Nr 220, poz. 1416 i Nr 234, poz. 1570 oraz 2011, Nr 112, poz. 654.

³⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2008 r. Nr 216, poz. 1367, Nr 225, poz. 1486, Nr 227, poz. 1505, Nr 234, poz. 1570 i Nr 237, poz. 1654, z 2009 r. Nr 6, poz. 33, Nr 22, poz. 120, Nr 26, poz. 157, Nr 38, poz. 299, Nr 92, poz. 753, Nr 97, poz. 800, Nr 98, poz. 817, Nr 111, poz. 918, Nr 118, poz. 989, Nr 157, poz. 1241, Nr 161, poz. 1278 i Nr 178, poz. 1374, z 2010 r. Nr 50, poz. 301, Nr 107, poz. 679, Nr 125, poz. 842, Nr 127, poz. 857, Nr 165, poz. 1116, Nr 182, poz. 1228, Nr 205, poz. 1363, Nr 225, poz. 1465, Nr 238, poz. 1578 i Nr 257, poz. 1723 i 1725, z 2011 r. Nr 45, poz. 235, Nr 73, poz. 390, Nr 81, poz. 440, Nr 106, poz. 622, Nr 112, poz. 654, Nr 113, poz. 657, Nr 122, poz. 696, Nr 138, poz. 808, Nr 149, poz. 887, Nr 171, poz. 1016, Nr 205, 1203 i Nr 232, poz. 1378 oraz z 2012 r. poz. 123, 1016, 1342 i 1548.

dotyczących całej lub określonej grupy świadczeniobiorców przy istniejących możliwościach ich eliminowania bądź ograniczania a także wdrożenia nowych procedur medycznych i przedsięwzięć profilaktycznych. W przypadku programów zdrowotnych realizowanych przez inne niż Fundusz podmioty, wyboru realizatora programu zdrowotnego dokonuje się w drodze konkursu ofert, z zastrzeżeniem odrębnych przepisów.

10. Organy i komórki odpowiedzialne za realizację.

- 1) Koordynatorem i głównym wykonawcą Programu będzie Klinika Kardiologii i Chorób Wewnętrznych – Zakład Medycyny Nuklearnej Wojskowego Instytutu Medycznego w Warszawie;
- 2) Wykonawcami Programu w zakresie badań profilaktycznych będą poradnie medycyny pracy zakładów opieki zdrowotnej, będące wiodącymi zakładami wojskowej służby zdrowia obwodów profilaktyczno – leczniczych;
- 3) Nadzór nad organizacją Programu sprawuje Klinika Kardiologii i Chorób Wewnętrznych – Zakład Medycyny Nuklearnej Wojskowego Instytutu Medycznego;
- 4) Nadzór nad merytoryczną realizacją Programu sprawuje konsultant Wojskowej Służby Zdrowia w dziedzinie kardiologii;
- 5) Nadzór nad całością sprawuje Szef Inspektoratu Wojskowej Służby Zdrowia.

11. Kontynuacja działań podjętych w Programie.

W przypadku istotnych problemów zdrowotnych oraz ważnych przedsięwzięć prewencyjnych jak również ważnych zjawisk epidemiologicznych wykazanych w czasie realizacji Programu w latach 2013-2016, uzasadniona stanie się kontynuacja wieloletniego programu w latach następnych celem dalszej diagnostyki i leczenia chorób układu krążenia.

PROGRAM PROFILAKTYKI CHOROÓB UKŁADU KRĄŻENIA
Karta Badania Profilaktycznego Układu Krążenia

I.

Nazwisko Imię Płeć — k / m

Miejsce pełnienia służby/rodzaj jednostki wojskowej:
stopień wojskowy.....

Miejsce zamieszkania: miasto/wieś

Grupa osobowa:

generał — ,

oficer starszy — ,

oficer młodszy — ,

podoficer — ,

szeregowy zawodowy — ,

Data urodzenia r. m. d..... PESEL

Wzrost /cm/ Waga/kg/

Charakter służby/pracy.....

Wykształcenie.....

Palenie tytoniu:

nie palę — , palę od 10-20 papierosów dziennie , palę powyżej 20 papierosów dziennie

Mała aktywność fizyczna Tak , Nie

Czy kiedykolwiek miał Pan/i badany **poziom cholesterolu?** Tak , Nie

— Jeżeli tak to czy był on powyżej normy (200 mg/dl lub 5,2 mmol/l) Tak , Nie

Czy kiedykolwiek miał Pan/i badany **poziom glukozy** Tak , Nie

— Jeżeli tak to czy był on powyżej normy (95 mg/dl lub 5,0 mmol/l) Tak , Nie

Czy kiedykolwiek Pana/i ciśnienie tętnicze było wyższe niż **135/85 mmHg** Tak , Nie

Czy był Pan/i leczony lub jest obecnie z powodu :

— zawału serca: **Tak** , **Nie** — choroby wieńcowej: **Tak** , **Nie**

— nadciśnienia tętniczego: **Tak** , **Nie** — cukrzycy: **Tak** , **Nie**

— innych chorób sercowo-naczyniowych: **Tak** , **Nie**

Czy rodzice Pana/i (ojciec poniżej 55 roku lub matka poniżej 65 roku życia)

chorowali na chorobę wieńcową, mieli zawał, udar mózgu lub miażdżycę naczyń obwodowych: **Tak** , **Nie**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celach medycznych⁴⁾

.....
data i podpis pacjenta

⁴⁾ Przetwarzanie jest prowadzone w celu ochrony stanu zdrowia, świadczenia usług medycznych lub leczenia pacjentów przez osoby trudniące się zawodowo leczeniem lub świadczeniem innych usług medycznych, zarządzania udzielaniem usług medycznych i są stworzone pełne gwarancje ochrony danych osobowych

II.

Wyniki Badań Biochemicznych (wypełnia pielęgniarka)

Ciśnienie tętnicze/.....mmHg,

Tętno.....uderzeń/minuta,

Obwód pasa (P) —cm, wskaźnik BMI -

Poziom cholesterolu całkowitego....., LDL —HDL —.....

Trójglicerydów..... (w mg/dl), Poziom glukozy w surowicy/mg/dl

III.**Ocena ryzyka chorób układu krążenia** (wypełnia lekarz profilaktyk)

Rozpoznana choroba serca / naczyń

.....

Liczba czynników ryzyka

.....

Globalne ryzyko rozwoju chorób układu krążenia:

ŁAGODNE	ŚREDNIE	DUŻE

IV.**Zalecenia dla pacjenta** (wypełnia lekarz profilaktyk)

- pacjent skierowany na edukację,
 pacjent skierowany na dalszą diagnostykę.

Data badania:
pieczętka i podpis lekarza**V.****Edukację przeprowadzono dnia**

Edukacja dotyczyła:

.....

.....

.....

.....

podpis pielęgniarki

.....

podpis pacjenta

Informacja o kryteriach czynników ryzyka chorób układu krążenia:

Wiek: mężczyźni > 45 lat, kobiety > 55 lat

Określić czas pełnienia służby wojskowej lub pracy w MON oraz migracje z tym związane.

Określić rodzaj pełnionej służby (marynarze, piloci, saperzy, wojska specjalne, inne, pracownik wojska itp.)

Określić charakter wykonywanych obowiązków służbowych – jednostka liniowa, podejmowanie decyzji, służba sztab, obowiązki poza granicami kraju, planowanie, medycyna.

Jak często zmieniano się miejsce stałego pobytu związanego ze służbą wojskową lub pracą w MON?

Palenie tytoniu: powyżej 1 papierosa dziennie. Ocena w paczko-latach. Przez ile palił. Jeśli przerwał dawniej niż 10 lat przed badaniem proszę o zaznaczenie jako nie palący.

Nadciśnienie tętnicze: RRs \geq 140 mmHg i / lub RRs \geq 90 mmHg w dwóch niezależnych pomiarach oraz pacjenci leczeni z powodu nadciśnienia tętniczego

Zaburzenia lipidowe: stężenie cholesterolu całkowitego TC \geq 200 mg/dl, LDL \geq 100 mg/dl, HDL < 40 mg/dl, trójglicerydy TG \geq 180 mg/dl (\geq 150 mg/dl u chorych na cukrzycę)

Cukrzyca: glikemia na czczo \geq 126 mg/dl lub w przygodnym pomiarze \geq 200 mg/dl, oraz pacjenci leczeni z powodu cukrzycy

Otyłość: wskaźnik masy ciała — BMI \geq 30 kg/m²

Mała aktywność fizyczna: aktywność ruchowa (np. spacer, marsze, bieganie, jazda na rowerze, pływanie, aerobik) rzadziej niż 3 razy w tygodniu po 30 minut

Obciążający wywiad rodzinny: występowanie choroby wieńcowej lub innej choroby naczyń o etiologii miażdżycowej u rodziców lub rodzeństwa, u mężczyzn przed 55 roku życia, u kobiet przed 65 roku życia.

Pytania obiektywizujące ocenę czynników ryzyka:

Palenie tytoniu:

1. „Czy pali Pan / Pani papierosy?”

Jeśli padnie odpowiedź: „Tak” > Pytanie 2:

2. „Ile paczek wypala/wypalał Pan / Pani dziennie?” Przez ile lat Pan/Pani pali?

Aktywność fizyczna:

1. „Czy podejmuje Pan / Pani regularnie aktywność fizyczną sportowo-rekreacyjną (np. marsze, bieganie, jazda na rowerze, pływanie, aerobik itp.)?”

Jeśli padnie odpowiedź: „Tak” > pytanie 2:

2. „Jak często zdarza się Panu / Pani podejmować tego typu formę aktywności fizycznej?”

Obciążający wywiad rodzinny:

1. „Czy u kogoś z Pana / Pani rodziców lub rodzeństwa stwierdzono chorobę niedokrwioną serca, zawał mięśnia sercowego, nadciśnienie tętnicze, udar mózgu, cukrzycę, chromanie przestankowe?”

Jeśli padnie odpowiedź: „Tak” > pytanie 2:

2. „U kogo i w jakim wieku?”

Podział na kategorie ryzyka chorób układu krążenia

Chorych dzielimy na 3 grupy wg systemu oceny pacjenta skali SCORE (Załącznik Nr 3).

Grupa zieloną stanowią żołnierze z ryzykiem sercowo-naczyniowym mniejszym od 2%.

Grupa żółta to żołnierze z ryzykiem na poziomie od 2% i nie większym niż 5% wg SCORE.

Do grupy czerwonej należy zakwalifikować chorych z ryzykiem zgonu z przyczyn sercowo-naczyniowych na poziomie 5% i większym lub z rozpoznaną chorobą układu krążenia (nie dotyczy nadciśnienia tętniczego), cukrzycą t.2 lub cukrzycą t. 1 z mikroalbuminurią oraz u chorych ze znacznie nasilonym 1 czynnikiem ryzyka wg SCORE.

Dla osób poniżej 40 roku życia należy zastosować tabelę ryzyka względnego (Załącznik nr 4). Uzyskany wynik zostaje zapisany w Karcie Badania Profilaktycznego Układu Krążenia (Załącznik nr 1).

Tabela ryzyka SCORE Europejskich Zaleceń dotyczących Prewencji Chorób Układu Sercowo-naczyniowego opracowanych przez Grupę Roboczą do spraw Prewencji Chorób Sercowo-Naczyniowych w Praktyce Klinicznej Trzeciego Połączonego Komitetu Towarzystw Europejskich.

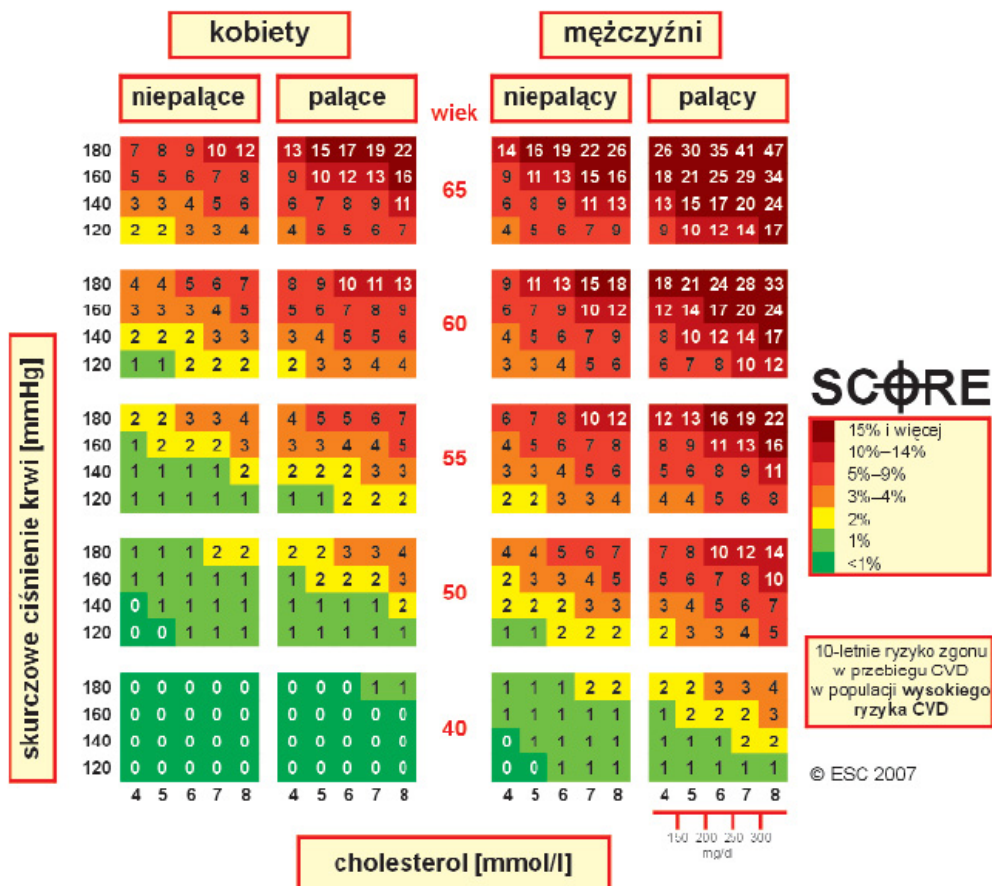


Tabela ryzyka względnego dla osób poniżej 40 roku życia wg Europejskich Zaleceń dotyczących Prewencji Chorób Układu Sercowo-naczyniowego opracowanych przez Grupę Roboczą do spraw Prewencji Chorób Sercowo-Naczyniowych w Praktyce Klinicznej Trzeciego Połączonego Komitetu Towarzystw Europejskich.

