

UCHWAŁA NR 686/VII/41/2017
RADY MIEJSKIEJ KONSTANCIN-JEZIORNA

z dnia 20 grudnia 2017 r.

**w sprawie uchwalenia programu profilaktyki schorzeń narządu wzroku ze szczególnym
uwzględnieniem jaskry i zaćmy**

Na podstawie art.18 ust.1 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym tj.(Dz.U.z 2017 r. poz. 1875) oraz art.7 ust.1 pkt.1, art.48 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2017 r. poz.1938 ze zm.) Rada Miejska Konstancin-Jeziorna uchwala co następuje:

§ 1. Przyjmuje do realizacji program polityki zdrowotnej "Program profilaktyki schorzeń narządu wzroku ze szczególnym uwzględnieniem jaskry i zaćmy" dla Gminy Konstancin-Jeziorna na 2018 rok, stanowiący załącznik do niniejszej uchwały.

§ 2. Środki na realizację programu zostały zabezpieczone w budżecie gminy Konstancin-Jeziorna na rok 2018 w dziale 851, rozdziale 85121, § 4300 w kwocie 20.000 zł.

§ 3. Wykonanie uchwały powierza Burmistrzowi Gminy Konstancin-Jeziorna.

§ 4. Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Przewodniczący Rady
Miejskiej

Andrzej Cieślowski

PODSTAWA PRAWNA:

Załącznik do uchwały Nr 686/VII/41/2017 Rady Miejskiej Konstancin-Jeziorna z dnia 20 grudnia 2017r.
PROGRAM POLITYKI ZDROWOTNEJ USTANOWICZNY NA PODSTAWIE ART. 48 USTAWY Z DNIA 27 SIERPNIA 2004 R.
O ŚWIADCZENIACH OPIEKI ZDROWOTNEJ FINANSOWANYCH ZE ŚRODKÓW PUBLICZNYCH (Dz. U. z 2015 R. POZ. 581, Z PÓŹN. ZM.)

Załącznik do uchwały Nr 686/VII/41/2017 Rady
Miejskiej Konstancin-Jeziorna z dnia 20 grudnia 2017r.

Program profilaktyki schorzeń narządu wzroku ze szczególnym uwzględnieniem jaskry i zaćmy

program polityki zdrowotnej

2016 r.

dr n. o zdr. Jacek Borowicz

Spis treści

1. Opis problemu zdrowotnego.....	4
a. Problem zdrowotny	4
g) Zaćma (katarakta).....	5
h) Jaskra	7
b. Epidemiologia	8
c. Populacja podlegająca jednostce samorządu terytorialnego i populacja kwalifikująca się do włączenia do programu	10
d. Obecne postępowanie w omawianym problemie zdrowotnym ze szczególnym uwzględnieniem gwarantowanych świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych	11
e. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu	12
2. Cele programu	14
a. Cel główny	14
b. Cele szczegółowe.....	14
c. Oczekiwane efekty.....	14
d. Mierniki efektywności	14
3. Adresaci programu	16
a. Oszacowanie populacji, której włączenie do programu jest możliwe.....	16
b. Tryb zapraszania do programu	16
4. Organizacja programu	18
a. Etapy organizacyjne programu.....	18
1. Rekrutacja uczestników do akcji.....	18
2. Edukacja zdrowotna	18
3. Podstawowe badanie okulistyczne – <i>screening</i>	18
b. Planowane interwencje.....	19
Działania informacyjno-edukacyjne	19
Diagnostyka	19
c. Kryteria i sposób kwalifikacji uczestników.....	21
d. Zasady udzielania świadczeń w ramach programu	21

e. Sposób powiązania działań programu ze świadczeniami zdrowotnymi finansowanymi ze środków publicznych.....	21
f. Spójność merytoryczna i organizacyjna	22
g. Sposób zakończenia udziału w programie i możliwość kontynuacji otrzymywania świadczeń zdrowotnych przez uczestników programu	22
h. Bezpieczeństwo planowanych interwencji	22
i. Kompetencje i warunki niezbędne do realizacji programu	23
Warunki szczegółowe realizacji procedur w ramach programu	23
j. Dowody skuteczności planowanych działań	24
Opinie ekspertów klinicznych.....	24
Zalecenia, wytyczne i standardy postępowania w problemie zdrowotnym, którego dotyczy wniosek.....	25
Dowody skuteczności (efektywności klinicznej) oraz efektywności kosztowej	25
Informacje nt. podobnych programów zdrowotnych wykonywanych w jednostce zgłaszającej program lub w innych jednostkach samorządu terytorialnego	26
5. Koszty	27
a. Koszty jednostkowe.....	27
b. Planowane roczne koszty całkowite.....	27
Koszty organizacyjne	27
Koszty realizacji interwencji	28
Koszty ogólne programu.....	29
c. Źródła finansowania, partnerstwo.....	30
d. Argumenty przemawiające za tym, że wykorzystanie dostępnych zasobów jest optymalne.....	30
6. Monitoring i ewaluacja.....	32
a. Ocena zgłaszalności do programu	32
b. Ocena jakości świadczeń w programie.....	32
c. Ocena efektywności programu.....	33
d. Ocena trwałości efektów programu.....	33
7. Okres realizacji programu.....	34

8. Bibliografia.....	35
9. Załączniki	38
a. Sprawozdanie z wykonania świadczeń.....	38
b. Ankieta satysfakcji.....	39
c. Zgoda na udział w programie.....	40

1. Opis problemu zdrowotnego

a. Problem zdrowotny

Wzrok ma duże znaczenie dla każdego człowieka. Jest potrzebny do wykonywania czynności związanych z życiem codziennym, a także bardziej złożonych, typu czytanie i pisanie. Nauka tych umiejętności opiera się w szczególności na demonstracji i obserwacji, a wykonywanie czynności bazuje na kontroli wzrokowo-ruchowej, w której wzrok pełni funkcję orientacyjną, kierującą i koordynującą prawidłowość ich przebiegu [1].

Przykładowe wady i choroby wzroku:

- a) **Krótkowzroczność** – oko nie widzi ostro przedmiotów leżących bardzo daleko. Krótkowzroczność może być osiowa i refrakcyjna. Pod względem klinicznym krótkowzroczność dzieli się na małą (do $-4,0$ dptr¹), średnią (od -4 dptr do -8 dptr) i wysoką (ponad -8 dptr).
- b) **Nadwzroczność** – wada przeciwna do krótkowzroczności.
- c) **Zez** – jest schorzeniem, w którym oczy nie są ustawione prosto i patrzą w różnych kierunkach. Może to być zmiana stała lub ujawniająca się czasami. Schorzenie to dzieli się na wrodzone i nabyte. W zezie zostaje zaburzony mechanizm widzenia obuocznego oparty na prawidłowym działaniu siatkówki. Należy pamiętać, że: dzieci nie wyrastają z zezu; leczenie rozpoczynamy zaraz po wykryciu wady; proste ustawienie oczu możliwe jest w każdym wieku dziecka i przyczynia się do polepszenia widzenia; leczenie może być zachowawcze lub operacyjne.
- d) **Astygmatyzm** (niezborność) – polega na różnym załamywaniu promieni świetlnych przez dwie płaszczyzny łamiące rogówki. Może być regularny i nieregularny. Niekiedy towarzyszy innym wadom widzenia. Astygmatyzm dotyka wielu osób, zarówno dzieci, jak i dorosłych. Osoby te widzą wszystko w sposób niewyraźny lub zniekształcony, w zależności od stopnia nasilenia niezborności. Wadzie może towarzyszyć krótko- lub dalekowzroczność.
- e) **Retinopatia cukrzycowa** – dzielimy ją na nieproliferacyjną i proliferacyjną. Pierwsza zwykle upośledza widzenie w poważnym stopniu. Często obraz stopniowo się zamazuje.

¹ Dioptria – „dptr”: jednostka siły łamiącej (zdolności zbierającej) układu optycznego, w tym oka, odpowiadająca ogniskowej tego układu o długości 1 m (<http://stareaneksy.pwn.pl/biologia/1.php?id=1469382> [dostęp: 12.07.2016]).

Drugi typ przejawia się m.in. odwarstwieniem siatkówki. Może występować upośledzenie pola widzenia (zamazania). Nieleczona może prowadzić do ślepoty.

- f) **Daltonizm** – odmiana ślepoty barw, polegająca na nierozpoznawaniu barwy zielonej (lub myleniu jej z czerwoną). Objawia się to nierozróżnianiem kolorów czerwonego, pomarańczowego, żółtego i zielonego. Percepcja jaskrawości nie zmienia się. Występuje za to nierozróżnianie niektórych składowych kolorów: czerwonego i zielonego, co prowadzi do widzenia fioletu i morskiego jako tej samej barwy. Wada ta dotyczy około 1% mężczyzn oraz 0,9% kobiet. Jest wynikiem braku czopków (światłoczułych receptorów (fotoreceptorów) siatkówki oka) reagujących na barwę zieloną. Nazwa „daltonizm” pochodzi od nazwiska angielskiego chemika Johna Daltona, który w 1794 r. opisał ją bazując na własnym przypadku [1].
- g) **Zaćma (katarakta)** – dotyczy nieprawidłowości w funkcjonowaniu soczewki oka i całkowitego lub częściowego zmętnienia soczewki bądź jej torebki. Schorzenie to nie stanowi poważnego problemu klinicznego, dopóki nie upośledza funkcji widzenia. Nie wszystkie zaćmy mają charakter postępujący. Wiele zmętnień, szczególnie wrodzonych, pozostaje niezmiennych w ciągu życia. Zaćma jest jedną z najczęściej występujących chorób wzroku. –Ma wiele odmian. U osób w średnim wieku diagnozuje się zazwyczaj tzw. zaćmę starczą (łac. *cataracta senilis*), spowodowaną naturalnym procesem starzenia się organizmu i powiązanych z tym zmianami we włóknach soczewki. Ważnym aspektem jest to, iż na jej rozwój wpływają czynniki genetyczne i tryb życia – palenie papierosów, zła dieta, niechronienie oczu przed słońcem, inne schorzenia i zażywane leki. Jej pierwsze objawy są notowane praktycznie tylko przy okazji badania okulistycznego, mogą pojawiać się u osób w wieku 35 lat i starszych. Choroba rozwija się długo, średnio dopiero po 10–15 latach zauważamy pierwsze zmiany w widzeniu, np. takie jak zamazany obraz, który widziany jest jak przez mgłę. Oczy mogą być nadwrażliwe na światło, co utrudnia np. prowadzenie samochodu po zmierzchu. Obserwuje się także słabsze widzenie w jasno oświetlonych pomieszczeniach i w słońcu. Wraz z postępowaniem choroby pojawia się też gorsza rozróżnialność barw, kolory stają się wyblakłe i niewyraźne. Najważniejsze jest to, że ostrości i jakości widzenia w przypadku zaćmy nie da się skorygować za pomocą okularów. W zaawansowanym stadium zmiany chorobowe można zaobserwować nawet gołym okiem, kiedy to źrenice zmieniają kolor z czarnego na szarobiały [2].

Podstawowe objawy zaćmy:

- zaburzenia w ocenie odległości
- zamglone widzenie do dali;
- „dwojenie” w oczach;
- przy patrzeniu w nocy na źródło światła odczucie „oślepienia”;
- zamazywanie się tekstu podczas czytania i pisania;
- zmęczenie podczas czytania;
- łzawienie;
- słabe widzenie w słoneczny dzień.

Rozróżniamy dwa główne typy zaćmy: wrodzoną oraz nabytą.

Zaćma wrodzona

Spotykana jest najczęściej u małych dzieci. Niekiedy już u noworodka rozpoznaje się zmętnienie soczewki, w innych przypadkach wykrywa się je w pierwszych latach życia dziecka. Zaćma wrodzona powstaje w życiu płodowym jako konsekwencja zaburzeń rozwojowych soczewki bądź tkanek otaczających. Powodem mogą być także choroby matki w okresie ciąży czy jej niewłaściwe odżywianie. W takich przypadkach bardzo ważne jest wczesne wykrycie i zastosowanie zabiegu operacyjnego.

Zaćma nabyta (inaczej: starcza)

Choroba ta cechuje się stopniową utratą wzroku. Proces ma charakter powolny i dotyczy obu oczu, choć początkowo występuje tylko w jednym. Odczuwalnym objawem jest stopniowe pogarszanie się widzenia otoczenia. Sama gałka oczna jest biała, ale na początku nie widać tego gołym okiem. Chorzy najczęściej uskarżają się na ciemną plamkę czy mgłę przed okiem. Wzrok ulega stopniowemu osłabieniu, aż w końcu dochodzi do ślepoty [3].

Zaćmę starczą możemy podzielić na kilka rodzajów, w zależności od miejsca wystąpienia zmętnienia. Wyróżnia się:

- zaćmę korową;
- zaćmę podtorebkową tylną;
- zaćmę jądrową.

Ze względu na stopień zaawansowania zmian wyróżniamy następujące etapy:

- zaćma **początkowa** – gdzie pojawiają się zmętnienia pojedyncze, a ostrość wzroku pozostaje prawidłowa;
- zaćma **niedojrzała** – to nasilenie pierwszych zmian, czego konsekwencją jest znaczne osłabienie ostrości wzroku;
- zaćma **dojrzała** – postać zaawansowana choroby, gdy wszystkie warstwy soczewki są zmętniałe; w tym wypadku ostrość wzroku pozwala jedynie na zauważenie ruchów ręki przed okiem lub polega tylko na dostrzeganiu światła.

Szybkie zdiagnozowanie zaćmy pozwala na wczesne rozpoczęcie leczenia, które może uratować wzrok przed pogorszeniem i przywrócić komfort ostrego widzenia. Przy rutynowym badaniu lekarz może określić stopień zmętnienia soczewki i zaproponować odpowiednią terapię. W początkowym stadium przyjmuje się leki hamujące jej rozwój, ale ostatecznie choroby nie da się wyleczyć kroplami ani tabletkami i trzeba być przygotowanym na zabieg mikrochirurgiczny. Nowoczesne metody usuwania zaćmy nie są obciążone dużym ryzykiem powikłań i nie wymagają długiego pobytu w szpitalu.[3].

h) **Jaskra** – zanik włókien nerwu wzrokowego i ubytki w polu widzenia.

Nie zawsze początkowe zmiany w nerwie wzrokowym są widoczne w badanym miejscu, zwykle pierwsze uszkodzenia ujawniają się w postaci kropeczek położonych od 5° do 25° od centrum. W miarę postępu choroby mroczki poszerzają się, obejmując stronę nosową pola widzenia. W stadium zaawansowanym trwania jaskry zostaje jedynie „lunetowe pole”, które także z czasem zanika. W wyniku schorzeń i uszkodzeń narządu wzroku mogą wystąpić ubytki w polu widzenia (obwodowe albo centralne), zaburzenia wrażliwości na światło, obniżenie wrażliwości na kontrast, obniżenie ostrości wzroku. Może wystąpić ślepotą zmierzchowa, zaburzenie widzenia głębi, adaptacji do światła i ciemności, zaburzenie widzenia barw, dwojenie widzenia, zmienność widzenia, zniekształcenie obrazu [4].

Rodzaje jaskry:

- **pierwotna** – przekazywana genetycznie, dotycząca obu oczu, objawiająca się niekiedy w dzieciństwie lub w okresie młodzieńczym, zwykle jednak po 35. roku życia;
- **wtórna** – gdy wywołuje ją inna choroba oczu (np. uraz, zapalenie).

W praktyce klinicznej jaskrę dzieli się na:

1. Jaskrę z szerokim, otwartym kątem przesączenia – występuje u około 80% chorych i wyróżnia się tym, że ciecz wodnista nie może swobodnie wydostać się na zewnątrz gałki ocznej. Proces ten trwa latami – ciśnienie w oku podnosi się nieznacznie, ale ciągle. Ta postać jaskry jest bezobjawowa, aż całkowicie zostaje uszkodzony nerw oka.

2. Jaskrę z wąskim, zamykającym się kątem przesączenia – występuje u około 20% chorych i zdarza się, gdy droga odpływu cieczy wodnistej na zewnątrz gałki ocznej jest zatrzymana poprzez zrogowacenie lub pofałdowanie tęczęwki (np. w momencie poszerzenia źrenicy). Ciśnienie w oku jest wtedy wysokie, chory odczuwa ból oka, któremu towarzyszy okresowe zamglenie widzenia.

3. Ostry atak jaskry – dotyczy około 5% chorych z jaskrą wąskiego, zamykającego się kąta, którzy mogą nagle dostać ostrego ataku jaskry – polegającego na całkowitym, nieodwracalnym zamknięciu kąta przesączenia przy jednoczesnym bardzo wysokim ciśnieniu śródgałkowym. Oprócz silnych bólów oka i głowy, nudności i wymiotów, stwierdzić można: twardą gałkę oczną, silnie zadrażnioną, z szeroką sztywną źrenicą. Ostrość wzroku gwałtownie się pogarsza [5].

b. Epidemiologia

W związku z postępującym starzeniem się populacji oraz równoległym rozwojem społeczeństwa informacyjnego choroby wzroku stają się coraz bardziej znaczącym problemem. Upośledzenia widzenia na skutek chorób obniżają jakość życia w sferze społecznej oraz ekonomicznej. Przyczynia się to do marginalizacji osób chorujących. Szczególnie odczuwają to ludzie starsi, którym trudniej odnaleźć się w społeczeństwie opierającym komunikację przede wszystkim na obrazie.

Według szacunków Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) na choroby narządu wzroku cierpi 258 mln ludzi na całym świecie; 14% z tej liczby stanowią osoby niewidome, a 86% – dotknięte schorzeniami narządu wzroku. Najczęstszymi przyczynami ślepoty są nieleczona zaćma i jaskra oraz zwyrodnienie plamki związane z wiekiem (*age-related macular degeneration* – AMD). Zaćma jest również, obok wad refrakcji, jedną z głównych przyczyn zaburzeń wzroku. Według WHO, 80% przypadków zaburzeń widzenia można uniknąć lub poddać leczeniu. Problem dotyczy przede wszystkim biednych regionów świata (jak m.in.

Afryka i Azja). Najwyższy współczynnik rozpowszechnienia zaburzeń wzroku odnotowano w Chinach i Indiach – przekracza on tam 4,5% na 100 osób. W krajach wysoko rozwiniętych, gdzie nakłady na ochronę zdrowia są większe, udział zaburzeń wzroku, których można uniknąć, jest zdecydowanie niższy niż w krajach z mniejszym nakładem. Kolejnym czynnikiem nasilającym udział chorób oczu jest starzenie się społeczeństwa. Większość osób cierpiących z powodu zaburzeń widzenia znajduje się w grupie wiekowej powyżej 50. roku życia. U około 82% z nich występują problemy z widzeniem. Światowa Organizacja Zdrowia podkreśla, że zwiększenie nakładów oraz wdrożenie długofalowych programów profilaktycznych i zapewnienie odpowiedniej opieki medycznej chorym jest podstawowym narzędziem w walce o obniżenie odsetka osób cierpiących na zaburzenia wzroku [6].

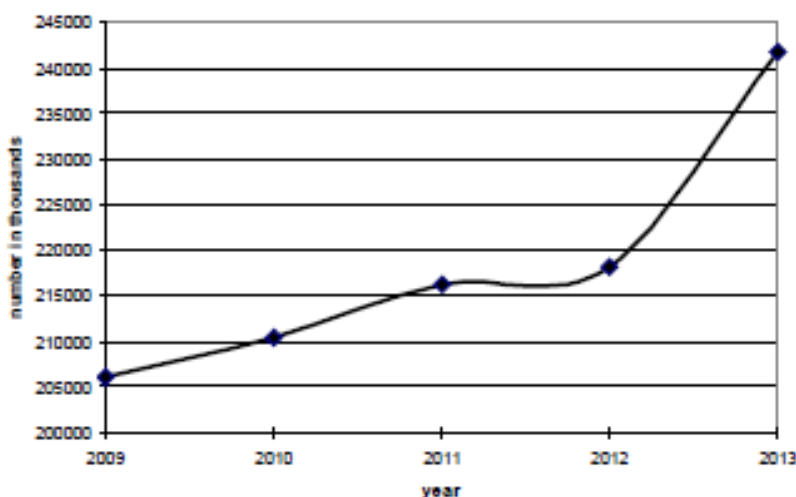
Zaćma to jedna z głównych przyczyn ślepoty na świecie. W Polsce dotyczy ona 2,4% populacji, w szczególności osób powyżej 60. roku życia. Według danych Głównego Urzędu Statystycznego (GUS) z 2004 r. na zaćmę chorowało w Polsce około 773 tys. osób, natomiast w 2014 r. odnotowano wzrost liczby chorych do 800 tys. Częściej zmętnienie soczewki występuje u kobiet – w 70% przypadków.

Na drugą w kolejności przyczynę ślepoty na świecie – jaskrę – choruje obecnie w Polsce około 400 tys. osób. Postępujące i nieodwracalne uszkodzenie nerwu wzrokowego oraz komórek siatkówki występuje jako choroba pierwotna i wtórna przy stanach chorobowych oka. Szacuje się, że średnio u 20% osób chorych na jaskrę doszło do nieodwracalnej utraty wzroku. Prognozuje się wzrost zachorowalności na jaskrę wśród osób powyżej 60. roku życia do 2050 r. o ponad 120%.

Trzecią, groźną chorobą oczu jest zwyrodnienie plamki żółtej. Według szacunków w Polsce na AMD choruje około 1,5 mln ludzi; 130 tys. stanowią pacjenci z groźniejszą, wysiękową postacią AMD prowadzącą do utraty wzroku. Zwyrodnienie to jest najczęstszym powodem upośledzenia widzenia u osób starszych. Ryzyko zachorowania wzrasta wraz z wiekiem 4–10-krotnie. Grupą szczególnie narażoną na rozwój AMD są osoby palące, z niekontrolowanym nadciśnieniem oraz z podwyższonym poziomem cholesterolu i otyłością. Prognozy wskazują, że do 2020 r. liczba chorujących na AMD może osiągnąć 2 mln [7; 8; 9].

Z powodu schorzeń narządu wzroku w 2013 r. hospitalizowano w Polsce ponad 240 tys. pacjentów. Najwięcej z grupy wiekowej powyżej 65. roku życia, co stanowiło ponad 50% ogółu pacjentów. Duży wzrost liczby hospitalizacji, w porównaniu z młodszymi wiekowo

grupami, obserwuje się u osób powyżej 45. roku życia. Zmiany liczby hospitalizacji na przestrzeni ostatnich pięciu lat zostały przedstawione na rycinie 1 [10].



Rycina 1. Liczba osób hospitalizowanych z powodu schorzeń narządu wzroku w Polsce [10].

Powolna, nieodwracalna utrata wzroku w przebiegu jaskry lub zaćmy ma poważny wpływ na jakość życia i kondycję psychiczną chorego. Utrata funkcji widzenia osłabia zdolność wykonywania podstawowych, codziennych czynności. Coraz większa liczba osób, którym nieodwracalnie grozi ślepotą, to przede wszystkim skutek braku odpowiedniej wiedzy na temat tych chorób. Tylko wczesne wykrycie jaskry i zaćmy oraz wczesne rozpoczęcie leczenia dają szansę na powstrzymanie postępu schorzenia. Kluczowym rozwiązaniem są zatem regularne badania profilaktyczne osób z grupy ryzyka – przynajmniej raz w roku [11].

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

Populacja całościowa zamieszkująca gminę Konstancin-Jeziorna stanowi 23 666 osób. W tej grupie znajduje się 12 540 kobiet oraz 11 126 mężczyzn. Program kierowany jest do wszystkich osób mających status mieszkańca gminy Konstancin-Jeziorna w wieku powyżej 50 lat. Populacja ta stanowi 9 129 osób.

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

Występowanie chorób narządu wzroku uzależnione jest głównie od dwóch czynników: ekonomicznego (zamożność populacji) i demograficznego (zjawisko starzenia się społeczeństwa). W większości przypadków, jak podkreśla WHO, można zapobiegać zaburzeniom wzroku lub skutecznie je leczyć, zanim doprowadzą one do trwałej niepełnosprawności. Wymaga to jednak zapewnienia nakładów finansowych na prowadzenie długofalowych programów profilaktycznych oraz stworzenia odpowiednich narzędzi umożliwiających prowadzenie takich programów. Jednym z nich jest wdrożony w 1999 r. VISION 2020 powstały we współpracy z Narodową Agencją Zapobiegania Ślepotcie (International Agency for the Prevention of Blindness – IAPB) [12]. Dokument ten jako cel podaje zmniejszenie do 2020 r. występowania nowych przypadków ślepoty na świecie o 100 mln. Ma on zostać osiągnięty poprzez tworzenie na szczeblu centralnym mechanizmów poprawiających jakość opieki okulistycznej. Powiązany z powyższym programem jest, powstały w 2013 r., Universal Eye Health: A Global Action Plan 2014–2019. Dąży on do zmniejszenia liczby zaburzeń wzroku o 25% do 2019 r. [13] WHO wzywa w nim państwa całego globu do tworzenia programów profilaktycznych o zasięgu krajowym. Narodowe programy zdrowia narządu wzroku powinny definiować sposoby ograniczenia zapadalności na choroby oczu oraz mechanizmy poprawy dostępności do opieki medycznej i rehabilitacji [10; 14].

W Polsce nie ma dokumentów o zasięgu krajowym, które bezpośrednio dotyczyłyby profilaktyki chorób oczu. W dobiegającym końca Narodowym Programie Zdrowia na lata 2007–2015 można interpretować w tym kontekście cel operacyjny nr 9: „Tworzenie warunków do zdrowego i aktywnego życia osób starszych” oraz rządową publikację „Założenia długofalowej polityki senioralnej na lata 2014–2025” [14]. Tezy te odnoszą się do grupy osób powyżej 50. roku życia jako najbardziej narażonej na choroby narządu wzroku. Jednak brakuje dokumentu odrębnego, skupiającego się na omawianym problemie.

Jeśli chodzi o programy obejmujące pozostałe grupy wiekowe, w większości przypadków są to działania na szczeblu samorządowym, o zasięgu lokalnym, ukierunkowane na dzieci w wieku szkolnym, jak np. „Program profilaktyczny wczesnego wykrywania wad wzroku i zezą dla uczniów klas II szkół podstawowych na terenie m.st. Warszawy na 2014

rok”. W przypadku osób dorosłych, w wieku produkcyjnym, profilaktyka chorób narządu wzroku realizowana jest jedynie jednostkowo w zakładach pracy i w ramach medycyny pracy [10; 14].

e. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu

Zaburzeniom wzroku, które w mniejszym lub większym stopniu dotyczą ponad 50% populacji, a w około 80% tych przypadków zachorowań można by było zapobiec lub skutecznie je leczyć. Kluczowe jest stworzenie odpowiednich długofalowych programów zdrowotnych, które kompleksowo obejmują profilaktykę, diagnostykę, leczenie i rehabilitację. W związku ze starzeniem się populacji problem chorób narządu wzroku będzie w przyszłości tylko narastać. Podnoszenie świadomości społeczeństwa przez edukację zdrowotną jest podstawowym narzędziem w walce o utrzymanie jak najlepszej kondycji narządu wzroku przez całe życie.

Ważnym aspektem jest również to, że od 2014 r. w ramach nowelizacji Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, pacjent, który chce zapisać się do okulisty lub dermatologa, musi uzyskać skierowanie od lekarza pierwszego kontaktu. Celem głównym tej zmiany było zmniejszenie liczby osób zgłaszających się z drobnymi problemami, w których mógł pomóc również lekarz pierwszego kontaktu. Z drugiej strony, ta sytuacja utrudniła dostęp osobom w starszym wieku do okulistów i tym samym może zniechęcać pacjentów do badań profilaktycznych. Osoby chorujące na jaskrę lub zaćmę mają duży problem również z oczekiwaniem na operację, którego czas sięga niekiedy 3 lat, a w ciągu tak długiego okresu zdrowie chorego może się zdecydowanie pogorszyć [15].

Polacy nie poddają się badaniom diagnostycznym w kierunku jaskry, m.in. dlatego, że wiedza na temat choroby wśród społeczeństwa jest ograniczona. Zgodnie z wynikami sondażu przeprowadzonego przez Stowarzyszenie Chorych na Jaskrę w lutym 2015 r. wielu Polaków nigdy nie było u okulisty lub odwiedza go bardzo rzadko. Z tego powodu obszarem wymagającym zmian i poprawy jest także edukacja pacjentów, która zgodnie z powszechnymi opiniami znajduje się na niewystarczającym poziomie.

Niską świadomość Polaków na temat chorób oczu oraz sposobów leczenia obrazują w doskonały sposób wyniki badania przeprowadzonego przez Centrum Badań Opinii Społecznej (CBOS) w czerwcu 2010 r., które dotyczyło oczekiwań pacjentów po operacji usunięcia zaćmy oraz wiedzy Polaków na temat rodzajów soczewek stosowanych w chirurgii oka. Badaniu

poddanych zostało 200 osób z 22 miast: 100 osób oczekujących na zabieg usunięcia zaćmy oraz 100 osób, które ten zabieg przeszły w ciągu ostatnich 5 lat [7; 16]. Wyniki badania pokazują, że niewystarczająca edukacja pacjentów jest, m.in., spowodowana niewystarczającym zaangażowaniem lekarzy w udzielanie chorym informacji dotyczących prowadzonego leczenia oraz jego skutków. Zaniedbania mogą być po części tłumaczone ograniczonym trwaniem konsultacji lekarskich, co wynika z ograniczeń finansowych i kolejek osób oczekujących na poradę oraz z rozbudowanej biurokracji, pochłaniającej czas lekarzy. Z drugiej strony, pacjenci często nie wykazują zainteresowania leczeniem, któremu są poddawani, zdając się całkowicie na wiedzę i doświadczenie lekarzy. Chorzy rzadko czerpią wiedzę z innych źródeł: 24% i 19% pacjentów – odpowiednio przed zabiegiem i po nim – pozyskuje wiedzę od rodziny lub znajomych, natomiast odpowiednio 8% i 5% – ze źródeł specjalistycznych.

Jak pokazują doświadczenia diabetologów, proste przekazywanie informacji pacjentom okazuje się mało skuteczne. Dąży się do zastąpienia tradycyjnego modelu edukacji koncepcją „wzmacniania zasobów pacjenta” (*patient empowerment*). W modelu tym obowiązkiem lekarza nie jest jedynie przekazanie pacjentowi wiadomości na temat optymalnego postępowania w jego chorobie, lecz również kształtowanie jego motywacji i zaangażowania w ten proces. Mogą w tym pomóc wszelkiego rodzaju narzędzia teleinformatyczne mające zastosowanie w zapobieganiu chorobom oraz prowadzeniu zdrowego trybu życia. Rozwój systemów związanych z *e-zdrowiem* jest jednym z priorytetów strategii rozwoju Unii Europejskiej [10].

2. Cele programu

a. Cel główny

Profilaktyka oraz wczesne wykrywanie schorzeń narządu wzroku (w szczególności jaskry oraz zaćmy) u mieszkańców gminy Konstancin-Jeziorna w wieku powyżej 50 lat i poprawa świadomości na temat występowania tych schorzeń.

b. Cele szczegółowe

- zwiększenie wczesnego wykrywania jaskry lub zaćmy;
- podniesienie świadomości w zakresie dalszego postępowania w przypadku rozpoznania choroby;
- zwiększenie częstości regularnych badań narządu wzroku wśród osób starszych;
- wzrost wiedzy społeczeństwa Konstancina-Jeziorna na temat schorzeń narządu wzroku i możliwości ich leczenia;
- poprawa jakości życia mieszkańców gminy Konstancin-Jeziorna w wieku powyżej 50. roku życia;
- spadek kosztów leczenia jaskry i zaćmy w późniejszym stadium choroby.

c. Oczekiwane efekty

- objęcie profilaktyką pierwotną mieszkańców powyżej 50 roku życia w gminie Konstancin-Jeziorna w zakresie chorób narządu wzroku;
- obniżenie współczynników zapadalności na jaskrę i/lub zaćmę wśród mieszkańców w wieku powyżej 50 lat;
- zwiększenie liczby osób z wczesnym wykryciem zmian w narządzie wzroku;
- zwiększenie świadomości na temat schorzeń narządu wzroku (w szczególności jaskry oraz zaćmy) i możliwej profilaktyki tych chorób;
- zwiększenie zainteresowania programem zdrowotnym wśród mieszkańców gminy Konstancin-Jeziorna;

d. Mierniki efektywności

- liczba mieszkańców gminy Konstancin-Jeziorna, którzy wzięli udział w programie;

- długookresowe badanie występowania schorzeń narządu wzroku (w szczególności jaskry i zaćmy) wśród mieszkańców gminy Konstancin-Jeziorna;
- ocena jakości udzielanych świadczeń poprzez weryfikację ankiet wypełnionych przez uczestników programu.

3. Adresaci programu

a. Oszacowanie populacji, której włączenie do programu jest możliwe

Program skierowany jest do wszystkich osób mających status mieszkańca gminy Konstancin-Jeziorna w wieku powyżej 50 lat.

Na podstawie danych meldunkowych na dzień 1 czerwca 2016 roku populacja docelowa programu liczyła 9 129 osób. W kolejnych latach trwania projektu (jest on planowany na okres 3 lat) będą do niego przystępować kolejne osoby spełniające kryteria włączenia do programu. Biorąc pod uwagę dane demograficzne z tego terenu, należy przyjąć, że w każdym kolejnym roku będzie mogło do niego przystąpić dodatkowo około 300 osób. Uwzględniając aktualne dane i trendy demograficzne, w czasie 3 lat trwania projektu akcją powinno zostać objętych około 9 750 osób.

Organizator programu corocznie oszacuje liczebność populacji oraz wysokość środków finansowych niezbędną do zrealizowania programu. Posiadane środki finansowe umożliwiają przystąpienie maks. 400 osób z docelowej populacji spełniającej kryteria włączenia, co stanowi około 4% populacji docelowej.

b. Tryb zapraszania do programu

Kluczowym założeniem programu jest dotarcie do wszystkich osób z populacji docelowej i uzyskanie wysokiej frekwencji. W celu realizacji tego założenia zostanie przeprowadzona akcja informacyjno-edukacyjna skierowana do mieszkańców z populacji docelowej zachęcająca do aktywnego udziału w zaplanowanych działaniach. Mieszkańcy gminy Konstancin-Jeziorna będą informowani o programie polityki zdrowotnej za pośrednictwem lokalnych i regionalnych mediów, takich jak np. prasa lokalna, strona internetowa Miasta i Gminy, biuletyn informacyjny gminy oraz lokalne fora internetowe. Ponadto zostaną wykorzystane narzędzia konwencjonalnej reklamy, takie jak plakaty i ulotki.

Ze względów organizacyjnych oraz zbliżonej grupy wiekowej stanowiącej populację docelową informacje na temat programu polityki zdrowotnej będą dystrybuowane również wśród uczestników programu szczepień przeciwko grypie realizowanego w tym samym czasie na terenie gminy Konstancin-Jeziorna.

Ponadto, podczas zgłaszania nowych mieszkańców gminy do ewidencji ludności zostaną przekazane instrukcje dotyczące aktualnych programów polityki zdrowotnej

dostępnych dla mieszkańców wraz z podstawowymi informacjami organizacyjnymi i logistycznymi. W ramach działań uzupełniających zastosuje się interwencje, takie jak np. kontakt telefoniczny lub ogłoszenie w trakcie mszy świętej w lokalnym kościele parafialnym. Ze względu na charakterystykę grupy wiekowej objętej interwencją szczególną uwagę zwróci się na informowanie poprzez uniwersytety trzeciego wieku i pokrewne organizacje zrzeszające osoby z populacji docelowej.

Zakres przekazywanych informacji i kanały dostępu zależą od podmiotu uczestniczącego w akcji informacyjnej.

1. Organizator programu:

- informacja o programie na stronie internetowej, tablicy ogłoszeń Urzędu Miasta i Gminy, biuletynie informacji publicznej gminy;
- audycje radiowe/telewizyjne poświęcone programowi w mediach lokalnych, banery, plakaty, reklamy w prasie lokalnej, spoty radiowe.

2. Realizatorzy programu (podmioty lecznicze wyłonione w drodze konkursu ofert):

- informacje na stronie internetowej oraz w siedzibie realizatora o przebiegu programu, miejscach, w których będzie realizowany, oraz o sposobie jego przeprowadzania;
- zaproszenia do udziału w programie.

4. Organizacja programu

a. Etapy organizacyjne programu

Pierwszym etapem będzie akcja informacyjna prowadzona na zasadach opisanych w punkcie 3 dotyczącym adresatów programu zdrowotnego. Grupa docelowa zostanie poinformowana o kryteriach włączenia oraz ogólnych ramach organizacyjnych akcji. Będą rozprowadzone także materiały informacyjne zawierające dane dotyczące podstawowych objawów jaskry i zaćmy, metod diagnostycznych, a także na temat krótko- i dalekosiężnych skutków nieleczenia narządu wzroku, ze szczególnym uwzględnieniem jaskry i zaćmy.

Właściwa część programu będzie się składała z trzech podstawowych elementów mających zapewnić realizację założonych celów. Zostaną one przeprowadzone w formie tzw. Białych Niedziel, w trakcie których będą podjęte następujące działania:

1. Rekrutacja uczestników do akcji

Podstawowe kryterium formalne to, obok posiadania statusu mieszkańca gminy Konstancin-Jeziorna, wyrażenie chęci wzięcia udziału w akcji. Niezbędne będzie podanie numeru telefonu kontaktowego. Informacje te zostaną zgromadzone w siedzibie realizatora programu ze szczególnym uwzględnieniem aktualnych przepisów o ochronie danych osobowych [21].

2. Edukacja zdrowotna

Etap ten obejmie wszystkie osoby z grupy docelowej i będzie dotyczył chorób narządu wzroku ze szczególnym uwzględnieniem jaskry i zaćmy. Na prelekcjach i w materiałach informacyjnych poruszone zostaną takie zagadnienia, jak: rozpoznawanie wczesnych symptomów tych chorób oraz czynniki ryzyka i metody zapobiegania wspomnianym patologiom. To kompleksowe podejście zapewni podniesienie świadomości populacji docelowej na temat tego poważnego problemu zdrowia publicznego.

3. Podstawowe badanie okulistyczne – *screening*

Będzie ono przeprowadzone wśród osób, które po uczestnictwie w działaniach z zakresu edukacji zdrowotnej oraz praktycznym zastosowaniu uzyskanej wiedzy wyrażą zainteresowanie uzupełniającą diagnostyką w tym kierunku. Badania dokona lekarz okulista.

b. Planowane interwencje

Każda osoba z grupy docelowej spełniająca warunki włączenia do programu będzie mogła skorzystać z cyklu działań edukacyjnych z zakresu chorób narządu wzroku ze szczególnym uwzględnieniem zaćmy i jaskry. Ponadto te osoby, które na podstawie uzyskanej wiedzy stwierdzą u siebie podejrzaną dysfunkcję w zakresie widzenia, wymagającą według nich dokładnego zdiagnozowania, będą mogły skorzystać z konsultacji okulistycznej oraz – w razie potrzeby – z badań diagnostycznych.

Zaplanowane interwencje przeprowadzone zostaną na terenie gminy Konstancin-Jeziorna przez realizatorów wybranych w drodze otwartego konkursu ofert, w postępowaniu ogłoszonym zgodnie z art. 48b Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych [27].

O wykrytych schorzeniach okulistycznych zostanie poinformowany lekarz podstawowej opieki zdrowotnej danego uczestnika, który w oparciu o tę wiedzę podejmie decyzję dotyczącą dalszego leczenia. W razie potrzeby pacjent uczestniczący w programie otrzyma od lekarza informację z zaleceniem dalszego postępowania w ramach świadczeń gwarantowanych opłacanych ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ). Zapewniona zatem zostanie kontynuacja procesu diagnostyczno-terapeutycznego.

Działania informacyjno-edukacyjne

W zakresie modułu merytorycznego (działania informacyjno-edukacyjne) planowane są prelekcje dla członków grupy docelowej, podczas których poruszone zostaną zagadnienia dotyczące chorób narządu wzroku ze szczególnym uwzględnieniem jaskry i zaćmy, ich diagnostyki, objawów oraz realizacji dalszych badań, jeżeli zaistnieje taka potrzeba. Omówione będą ogólne zasady postępowania ograniczającego ryzyko tych chorób, a także sposoby leczenia występujących zaburzeń.

Diagnostyka

W grupie osób, które na podstawie wiedzy uzyskanej w trakcie działań edukacyjnych stwierdzą podejrzaną zmianę, zostanie przeprowadzona dogłębna diagnostyka mająca na celu wykrycie ewentualnej jaskry lub zaćmy.

W pierwszej kolejności nastąpi konsultacja okulistyczna wraz z badaniem lekarskim, a w razie potrzeby – dodatkowo badanie diagnostyczne.

Przewiduje się następujące badania:

- badanie podstawowe wzroku;
- badanie ostrości wzroku – tablice Snellena;
- badanie z oceną dna oka – lampa szczelinowa;
- pomiar ciśnienia w gałkach ocznych – tonometr aplanacyjny Goldmanna lub *airpuff*;
- uzupełniające widzenie barw – tablice Ishihary.

W razie potrzeby i wykrycia nieprawidłowości uczestnicy programu będą informowani o konieczności wykonania dodatkowych badań, już w ramach świadczeń gwarantowanych w ramach NFZ, takich jak:

- gonioskopia – trójlustro Goldmanna;
- rozszerzone pole widzenia – badanie pola widzenia Matrix jaskrowe;
- GDX lub OCT – ocena nerwu wzrokowego;
- pachymetria - ocena grubości rogówki.

Podział zadań pomiędzy organizatora programu (Urząd Miasta i Gminy Konstancin-Jeziorna) i realizatora (wyłonionego w trakcie otwartego konkursu ofert) zawiera tabela 1.

Tabela 1. Podmiot odpowiedzialny za realizację zadań w ramach programu

ZADANIE	PODMIOT ODPOWIEDZIALNY
Przygotowanie programu polityki zdrowotnej	Organizator programu
Wyznaczenie koordynatora programu	Organizator programu
Opiniowanie programu	AOTMiT
Ogłoszenie konkursu na realizatora programu	Organizator programu
Wyłonienie realizatora programu	Organizator programu
Rekrutacja uczestników	Realizator programu
Realizacja programu	Realizator programu
Monitoring realizacji programu	Organizator + realizator programu
Pomiar okresowych i końcowych efektów programu na podstawie mierników	Realizator programu
Ewaluacja programu	Realizator programu
Sprawozdanie okresowe do Urzędu Miasta i Gminy	Realizator programu

Konstancin-Jeziorna	
Sprawozdanie roczne do Urzędu Miasta i Gminy Konstancin-Jeziorna	Realizator programu
Przygotowanie raportu końcowego z realizacji programu	Realizator programu
Zakończenie realizacji programu	Organizator + realizator programu

Źródło: opracowanie własne.

c. Kryteria i sposób kwalifikacji uczestników

Kluczowym kryterium formalnym będzie posiadanie statusu mieszkańca gminy Konstancin-Jeziorna, a także podpisanie przez uczestnika programu druku świadomej zgody na udział w akcji (druk zgody w załączniku). Podpisany druk trafi do dokumentacji.

d. Zasady udzielania świadczeń w ramach programu

Świadczenie w postaci uczestnictwa w działaniach edukacyjnych oraz wykonania badania będzie mógł otrzymać każdy mieszkaniec spełniający kryteria włączenia do programu. Akcja będzie miała charakter ciągły i przebiegnie w cyklu rocznym. Konkretny termin realizacji danego modułu merytorycznego wynikną z kwestii organizacyjnych, jak: dostępność gabinetów do badań, korelacja ze szczepieniami przeciw grypie lub innych względów, które zdaniem realizatora zwiększą dostępność dla uczestników i zapewnią właściwą frekwencję.

W kolejnych latach trwania programu będą do niego włączane następne osoby kwalifikujące się do wzięcia w nim udziału.

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

Niniejszy program polityki zdrowotnej ma na celu uzupełnienie świadczeń gwarantowanych dostępnych aktualnie na terenie Polski. Obecnie, aby przeprowadzić wstępne badanie okulistyczne, wymagane jest uzyskanie skierowania od lekarza POZ, a następnie zapisanie się na wizytę specjalistyczną do lekarza okulisty. Niniejszy program pozwala na wstępną weryfikację stanu narządu wzroku w szybszym czasie, w uproszczonej procedurze, w związku z czym istnieje szansa, że osoby chętnie poddadzą się ocenie specjalistycznej. Szacuje się, że pozwoli to na wcześniejsze wykrycie i stworzy możliwość skuteczniejszego objęcia opieką

specjalistyczną osób zagrożonych wystąpieniem schorzeń narządu wzroku – szczególnie jaskry i zaćmy.

f. Spójność merytoryczna i organizacyjna

Niniejszy program polityki zdrowotnej dotyczy problemu, który nie jest objęty analogicznymi programami opracowywanymi, wdrażanymi, realizowanymi i finansowanymi przez NFZ oraz ministra właściwego do spraw zdrowia, określonych w art. 48 Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Należy jednak podkreślić, że jego zakres merytoryczny oraz organizacyjny oparty jest na aktualnych podstawach naukowych i nie budzi zastrzeżeń.

g. Sposób zakończenia udziału w programie i możliwość kontynuacji otrzymywania świadczeń zdrowotnych przez uczestników programu

Kompletne uczestnictwo w programie polega na udziale w cyklu działań edukacyjnych oraz badaniu diagnostycznym mającym na celu wykrycie ewentualnych chorób narządu wzroku ze szczególnym uwzględnieniem jaskry i zaćmy. Uczestnicy programu będą mogli skorzystać z pełnego cyklu działań edukacyjnych zaplanowanych w niniejszym programie polityki zdrowotnej. W razie wykrycia nieprawidłowości zostaną udzielone im informacje na temat możliwości dalszego postępowania (uszczegółowienie diagnostyki) i leczenia specjalistycznego w ramach świadczeń gwarantowanych opłacanych ze środków NFZ.

Przerwanie udziału jest możliwe na każdym etapie akcji. Może to nastąpić na życzenie uczestnika. Warunkiem koniecznym jest potwierdzenie na piśmie, które będzie dołączone do dokumentacji medycznej powstającej w trakcie programu.

h. Bezpieczeństwo planowanych interwencji

Moduł programu dotyczący badań okulistycznych zostanie realizowany przez podmiot leczniczy/podmioty lecznicze, które zostaną wybrane do realizacji programu.

Akcja będzie prowadzona z zachowaniem wszelkich wymogów wynikających z obowiązujących norm i przepisów prawa. Wyroby medyczne stosowane podczas interwencji będą spełniały kryteria bezpieczeństwa oraz normy wyznaczone dla tego typu świadczeń [22; 23]. Personel będzie spełniał wymogi gwarantujące fachowość i bezpieczeństwo wszystkich działań [24].

i. Kompetencje i warunki niezbędne do realizacji programu

Realizator będzie dysponował wymaganą kadrą oraz sprzętem niezbędnym do wykonywania interwencji zaplanowanych w programie. Akcje edukacyjne poprowadzi wykwalifikowany personel mający właściwe doświadczenie pedagogiczne. Będą to specjaliści z zakresu okulistyki. Akcja odbędzie się na terenie placówek zlokalizowanych na terenie gminy Konstancin-Jeziorna.

Dokumentacja medyczna powstająca w związku z realizacją programu będzie prowadzona i przechowywana w siedzibie realizatora akcji zgodnie z obowiązującymi przepisami dotyczącymi dokumentacji medycznej oraz ochrony danych osobowych [21; 25; 26].

Realizator programu winien dysponować kadrą niezbędną do prowadzenia interwencji zaplanowanych w ramach programu. Będą to specjaliści z zakresu okulistyki. Realizator zostanie też zobowiązany do posiadania zasobów niezbędnych do realizacji powierzonego zadania (m.in. lampa szczelinowa, komputer, rzutnik, tablica itp.).

Warunki szczegółowe realizacji procedur w ramach programu

1. Wymagania formalne:

- program będzie realizowany przez podmiot leczniczy/podmioty lecznicze, wyłonione w drodze negocjacji.

2. Personel w miejscu realizacji programu:

- lekarz okulista.

3. Personel świadczący usługi na rzecz realizatora programu lub zapewnienie przez realizatora w ramach programu dostępu do:

- badań okulistycznych.

4. Organizacja udzielania procedur w miejscu realizacji programu:

- pokój spotkań indywidualnych, pokój spotkań grupowych lub sala konferencyjna;
- gabinet lekarski.

5. Wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną:

- lampa szczelinowa;
- tablice Snellena;
- tonometr aplanacyjny Goldmanna lub *airpuff*;
- tablice Ishihary;

- komputerowe urządzenia do archiwizacji elektronicznej danych klinicznych.
6. **Fakultatywne wymagania:**
- dostęp do gonioskopii;
 - możliwość wykonania badania w kierunku rozszerzonego pola widzenia – badanie pola widzenia Matrix jaskrowe;
 - dostęp do badania GDX lub OCT;
 - dostęp do pachymetrii;
 - certyfikaty lub udokumentowane stosowanie standardów i rekomendacji Polskiego Towarzystwa Okulistycznego;
 - posiadanie udokumentowanego wewnętrznego systemu zarządzania jakością, w tym: udokumentowane posiadanie ustalonych procedur mających na celu ochronę informacji pozyskiwanej w trakcie realizacji procedur medycznych.

j. Dowody skuteczności planowanych działań

Opinie ekspertów klinicznych

„Kiedyś zaćma – zwana też kataraktą – skazywała chorego na życie w mroku. Dziś można ją zwalczyć w ciągu jednego zabiegu! Polega on na usunięciu zmętniałej soczewki i zastąpieniu jej nową, syntetyczną. W przypadku średnio zaawansowanej postaci choroby skuteczność zabiegu wynosi 100%. Po usunięciu zmętniałej soczewki zaczyna się widzieć świat na nowo. Gorzej jest w przypadkach, gdy zaćma jest bardzo zaawansowana. Rośnie wtedy ryzyko powikłań. I sama operacja jest bardziej inwazyjna. Nie czekajmy, aż choroba osiągnie takie stadium. Im wcześniej przeprowadzimy zabieg, tym lepiej” – podkreślała prof. Grabska-Liberek [17].

„U mnie w kolejce wciąż jest ponad 2 tys. osób, ale koledzy z innych oddziałów okulistycznych twierdzą, że im stopniały” - mówi prof. Edward Wylęgała, kierownik Kliniki Okulistyki w Okręgowym Szpitalu Kolejowym w Katowicach [18].

„Możemy zoperować tylu chorych, na ilu pozwala nam kontrakt. Potrzeby w zakresie zaćmy są o wiele większe niż nasze możliwości finansowe, a chorych będzie przybywać, bo społeczeństwo się starzeje. Nie wolno dopuścić, by człowiek w pełni sił zamykał się w domu tylko dlatego, że nie widzi z powodu zaćmy. Jeśli choroba ogranicza jego aktywność życiową, to jak najszybciej powinien być poddany operacji” – tłumaczy dr Włodzimierz de Laval [19].

Zalecenia, wytyczne i standardy postępowania w problemie zdrowotnym, którego dotyczy wniosek

Wśród głównych zaleceń mających wpłynąć na poprawę sytuacji raport AMP Alliance International wymienia: objęcie możliwie częstymi badaniami osób chorych na cukrzycę, a także osób starszych, u których wzrasta ryzyko zachorowania na retinopatię, zwyrodnienie plamki żółtej i jaskrę; przeszkolenie lekarzy z regionów rozwijających się z zakresu operowania zaćmy; zwiększenie dostępności do niedrogich okularów i soczewek korygujących ametrię; finansowanie i rozpowszechnianie leków przeciwko ślepecie rzecznej i jaglicy dla populacji dotkniętych tymi schorzeniami; wczesne leczenie schorzeń wzroku u dzieci, w tym zaćmy i jaskry [28].

Polskie Towarzystwo okulistyczne od 2014 r. tworzy oraz uzupełnia wytyczne dotyczące leczenia niektórych schorzeń narządu wzroku, m.in. Jaskry oraz zaćmy. Wszystkie wytyczne znajdują się na stronie Stowarzyszenia (<http://pto.com.pl/wytyczne>).

Dowody skuteczności (efektywności klinicznej) oraz efektywności kosztowej

Wady wzroku, obok innych chorób organizmu, stanowią znaczące obciążenie dla gospodarek i systemów zdrowotnych wielu krajów. Dostępne metody zapobiegania i leczenia ślepoty należą do najbardziej skutecznych i opłacalnych działań z zakresu ochrony zdrowia [28].

Programy wczesnego wykrywania jaskry są realizowane często w Europie Zachodniej, np. w Belgii, Francji, Wielkiej Brytanii, Niemczech i Hiszpanii oraz w Stanach Zjednoczonych. Realizację ich rozpoczęto w tych krajach w drugiej połowie XX w. i są one kontynuowane do chwili obecnej. Najwięcej danych i doświadczeń dotyczy Anglii i Hiszpanii.

Co do efektów prowadzonych programów profilaktycznych dotyczących jaskry ważny jest fakt, że te realizowane od lat w krajach Europy Zachodniej i USA miały znaczący wpływ na to, iż w ciągu ostatnich 10 lat, dzięki wczesnemu wykrywaniu jaskry, jak również wprowadzeniu nowych generacji leków przeciwjaskrowych, zmniejszyła się o ponad 30% liczba zabiegów wykonywanych w tych krajach z powodu nieuregulowanej jaskry. Skutkuje to zmniejszeniem nakładów finansowych na leczenie jaskry i rehabilitację narządu wzroku.

Najwyższe koszty leczenia jaskry najczęściej odnoszą się do pacjentów z wysokim zaawansowaniem choroby.

Do tych kosztów należą m.in. wydatki związane z:

- leczeniem zachowawczym (leki, krople itd.);

- leczeniem operacyjnym/laserowym;
- hospitalizacją i częstymi kontrolami pooperacyjnymi;
- leczeniem powikłań, w tym także z ponownymi zabiegami chirurgicznymi;
- rentą, zwolnieniami z pracy, opieką socjalną itp.

Ważnym problemem są też skutki psychologiczne i społeczne, ciężko tolerowane przez osoby starsze. Często rezultatem tego są problemy z ich funkcjonowaniem w społeczeństwie. Wczesne wykrycie choroby i prawidłowe leczenie jaskry hamują jej rozwój, a u części pacjentów w istotny sposób ją spowalniają. Powoduje to mniej więcej 10-krotne zmniejszenie liczebności grupy osób z zaawansowanymi uszkodzeniami nerwu wzrokowego [29].

Informacje nt. podobnych programów zdrowotnych wykonywanych w jednostce zgłaszającej program lub w innych jednostkach samorządu terytorialnego

Fundacja Watch Health Care (WHC) została założona w roku 2010. Inspiracją jej powstania był narastający deficyt w ochronie zdrowia, rozumiany jako dysproporcja pomiędzy zawartością koszyka świadczeń i wielkością środków finansowych ze składki na ubezpieczenie podstawowe, przeznaczanych na świadczenia zdrowotne w Polsce, czego skutkiem jest szczególnie bolesne pozbawienie lub ograniczenie chorym dostępu do podstawowych świadczeń zdrowotnych. Misją WHC jest dostarczenie wiarygodnej informacji na temat dysproporcji pomiędzy zawartością koszyka „gwarantowanego” oraz środkami na jego realizację, a także o konsekwencjach tego deficytu. Dodatkowo dostarcza ona rzetelnej informacji chorym z zakresu różnych chorób, w tym jaskry i zaćmy. Na stronie internetowej www.korektorzdrowia.pl udostępniane są wykłady dotyczące różnych zagadnień związanych z ochroną zdrowia. Wykłady stanowią przede wszystkim źródło porad w zakresie poruszania się w systemie ochrony zdrowia w Polsce oraz w przystępny sposób prezentować informacje o chorobach, sposobach leczenia i diagnostyki [20].

Kampania „Jaskra nie boli, kradnie wzrok” w 2015 r. podczas tygodnia poświęconego jaskrze. została zainicjowana przez Stowarzyszenie Chorych na Jaskrę w celu zmotywowania Polaków do wykonywania badań diagnostycznych. Partnerem akcji są: Polskie Towarzystwo Okulistyczne, Sekcja Jaskry Polskiego Towarzystwa Okulistycznego oraz Polski Związek Niewidomych. W ramach kampanii prowadzi się działania edukacyjne na temat tej choroby [16].

5. Koszty

Zgodnie z decyzją Rady Miejskiej Konstancina-Jeziorna, na realizację „Programu Polityki Zdrowotnej Gminy Konstancin-Jeziorna na lata 2016–2018, obejmującego profilaktykę schorzeń narządu wzroku ze szczególnym uwzględnieniem jaskry i zaćmy” przeznaczono kwotę 20 tys. zł na każdy rok jego realizacji.

Przy opracowywaniu kosztorysu posłużono się następującą metodą – z danych dotyczących liczebności populacji uzyskanych z Urzędu Miasta i Gminy Konstancin-Jeziorna wybrano populację docelową w ramach zadanego programu zdrowotnego. Koszty jednostkowe przewidziane na realizację programu pomnożono przez szacowaną liczbę osób, które z niego skorzystają, uwzględniając też w kalkulacji koszty przygotowawcze, kampanii informacyjnej, realizacji badania lekarskiego oraz działań edukacyjnych.

a. Koszty jednostkowe

Całkowity budżet programu został zaplanowany przy założeniach przedstawionych w tabeli 2.

Tabela 2. Założenia całkowitego rocznego budżetu programu diagnostycznego

Populacja korzystających	Koszt jednostkowy programu
około 400 osób	około 50 zł/osobę

Źródło: opracowanie własne.

Na niżej opisany koszt składają się koszty: przygotowawcze, kampanii informacyjnej, działań edukacyjnych, realizacji badania lekarskiego i badań diagnostycznych.

b. Planowane roczne koszty całkowite

Na całkowity budżet projektu składają się niżej wymienione pozycje kosztowo-organizacyjne.

Koszty organizacyjne

a) po stronie organizatora

- organizacja kampanii informacyjnej;

- zaprojektowanie zakładki na stronie internetowej Urzędu Miasta i Gminy Konstancin-Jeziorna dotyczącej projektu (przygotowanie grafiki, treści, informacji w serwisie);
- utrzymanie zakładki i aktualizacja informacji w serwisie na stronie internetowej Urzędu Miasta i Gminy Konstancin-Jeziorna dotyczącej projektu;
- zaprojektowanie i przygotowanie ulotek w ramach kampanii informacyjnej oraz plakatów informacyjnych.

b) po stronie realizatora

- opracowanie szczegółowych zasad organizacji programu, sposobu raportowania, zasad monitorowania realizacji zadań;
- przygotowanie wniosków aplikacyjnych i opracowanie sposobu rekrutacji uczestników;
- przygotowanie regulaminów i ankiet walidacyjnych dla uczestników;
- organizacja kampanii informacyjnej;
- monitoring jakości i rzetelności świadczeń w ramach programu przez zewnętrznego eksperta;
- przygotowanie narzędzi oraz pomiar okresowych i końcowych efektów programu na podstawie określonych mierników.

Całkowite koszty organizacyjne przewidziane na roczny okres trwania programu według założeń nie powinny przekroczyć 1 tys. zł.

Koszty realizacji interwencji

- działania edukacyjne;
- wykonanie badania.

Koszt całkowity realizacji programu będzie zależny od wyceny przedstawionej przez oferentów w procedurze konkursowej, a także od liczebności populacji uczestniczącej.

Przyjęto optymalną liczbę wykonywanych świadczeń i maksymalne stawki za realizację poszczególnych interwencji w ramach programu, które będą jednym z kryteriów oceny w procedurze konkursowej. Maksymalne stawki wyceny świadczeń przedstawione przez realizatora muszą mieścić się w średnich kosztach rynkowych danej procedury.

Koszty realizacji badania

Koszty realizacji badań diagnostycznych zakładane są na poziomie około 50 zł za konsultację lekarską – lekarza okulisty z badaniem podstawowym wzroku.

Koszt działań edukacyjnych

Koszty działań edukacyjnych planowane są na poziomie do 10% budżetu całkowitego: około **1,5 tys. zł** (składa się na nie ewentualne wynagrodzenie prelegentów i koszt materiałów edukacyjnych).

Koszty ogólne programu

- rezerwa budżetowa (wynika z różnicy pomiędzy zaplanowanymi a poniesionymi wydatkami) – zakłada się ją na poziomie do 10% budżetu całkowitego, tj. około **1,5 tys. zł**.

Rezerwę będzie można wykorzystać na zwiększenie ilości przeprowadzonych interwencji wśród populacji w poszczególnych latach realizacji programu, rozszerzenie działań edukacyjnych, intensyfikację kampanii informacyjnej lub inne działania zwiększające skuteczność zaplanowanej interwencji.

Tabela 3. Planowany budżet całkowity

Rodzaj kosztów	Kwota
1. Koszty realizacji badania	19,0 tys. zł
2. Koszty edukacyjno-reklamowe	1,0 tys. zł
Razem	20,0 tys. zł

Źródło: opracowanie własne.

Przy zakładanym budżecie dostępne środki finansowe przeznaczone na realizację „Programu Polityki Zdrowotnej Gminy Konstancin-Jeziorna na lata 2016–2018, obejmującego profilaktykę schorzeń narządu wzroku ze szczególnym uwzględnieniem jaskry i zaćmy” umożliwiają objęcie ww. akcją oraz działaniami z zakresu promocji zdrowia około 400 osób z całej populacji docelowej.

c. Źródła finansowania, partnerstwo

Program finansowany będzie ze środków budżetu gminy Konstancin-Jeziorna, zgodnie z umowami zawartymi z jego realizatorami. Środki finansowe przeznaczone na ten cel mogą ulec zwiększeniu bądź zmniejszeniu w kolejnych latach w zależności od możliwości budżetowych gminy.

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

Według szacunków WHO 258 mln ludzi na całym świecie cierpi na choroby narządu wzroku – 14% z tej liczby stanowią osoby niewidome, a 86% – ludzie cierpiący z powodu upośledzenia wzroku. Najczęstszymi przyczynami ślepoty są nieleczona zaćma i jaskra oraz zwyrodnienie plamki związane z wiekiem (AMD). Zaćma jest również, obok wad refrakcji, jedną z wiodących przyczyn zaburzeń wzroku.

Jej pierwsze objawy są notowane praktycznie tylko przy okazji badania okulistycznego; mogą pojawiać się już po czterdziestych urodzinach. Choroba rozwija się dość długo, dlatego dopiero 10–15 lat później zauważamy pewne kłopoty z prawidłowym widzeniem. Co ważne, ostrości i jakości widzenia nie da się w przypadku zaćmy skorygować za pomocą okularów lub soczewek. Szybkie zdiagnozowanie zaćmy pozwala na wczesne rozpoczęcie leczenia, które może uchronić wzrok przed pogorszeniem i przywrócić komfort ostrego widzenia. Diagnostyka nie następuje zazwyczaj problemów i już przy rutynowym badaniu specjalista jest w stanie określić stopień zmętnienia soczewki i zaproponować odpowiednie działanie

Na drugą w kolejności przyczynę ślepoty na świecie – jaskrę – choruje obecnie w Polsce około 400 tys. osób.

Zaburzeniom wzroku, które w mniejszym lub bardziej nasilonym stopniu dotyczą ponad 50% populacji, w około 80% przypadków można zapobiegać lub skutecznie je leczyć. Kluczowe jest stworzenie odpowiednich, długofalowych programów zdrowotnych, które kompleksowo obejmują profilaktykę, diagnostykę, leczenie i rehabilitację

Ważnym aspektem jest również to, że od 2014 r. w ramach nowelizacji Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, pacjent, który chce zapisać się do okulisty lub dermatologa, musi uzyskać skierowanie od lekarza pierwszego kontaktu [15]. Celem głównym było zmniejszenie liczby chorych zgłaszających się z drobnostkami, w których może pomóc również lekarz pierwszego kontaktu. Z drugiej strony,

ta sytuacja utrudniła dostęp osobom w starszym wieku do okulistów i tym samym może zniechęcać pacjentów do wizyt profilaktycznych. Osoby chorujące na jaskrę lub zaćmę mają również duży problem z czasem oczekiwania na operację, trwającym niekiedy około 3 lat, a w ciągu tak długiego okresu zdrowie chorego może się znacząco pogorszyć

Organizacja badania została tak zaplanowana, by uzyskać maksymalną efektywność przy zakładanych kosztach działań. Realizacja programu polityki zdrowotnej w przedstawiony sposób gwarantuje optymalne wykorzystanie dostępnych zasobów. Uwzględniono nie tylko koszty samych procedur medycznych, lecz również działań informacyjnych.

6. Monitoring i ewaluacja

Monitoring i ewaluacja projektu w praktyce będą polegały na analizie trzech podstawowych zagadnień. Pierwsze z nich to zgłaszalność uczestników do programu stanowiąca podstawowe kryterium stałej oceny programu. Kolejny element to fachowe oszacowanie jakości świadczeń realizowanych w programie. Ostatnim elementem procesu będzie analiza efektywności realizacji programu oparta na miernikach epidemiologicznych rutynowo stosowanych w analogicznych interwencjach. Te ostatnie działania będą miały charakter wybitnie długofalowy.

a. Ocena zgłaszalności do programu

Ocena zgłaszalności do programu to kluczowy element bieżącego monitoringu jego przebiegu. Informacje dotyczące liczby uczestników zostaną odniesione do wartości liczbowych wynikających z harmonogramu akcji i zakładanej populacji docelowej. Bieżąca ocena realizacji będzie polegała na analizie raportów okresowych tworzonych w miesięcznych oraz rocznych interwałach czasowych.

Monitoringowi poddana zostanie liczba zgód na udział w programie. Jej zmiana w trakcie poszczególnych lat trwania projektu, porównana z liczebnością populacji docelowej, stanie się użytecznym wskaźnikiem skuteczności działań informacyjnych i promocyjnych. Dodatkowo będzie to stanowiło odzwierciedlenie zmian w zakresie świadomości społeczeństwa związanej z tematyką akcji.

Ponadto szczególna uwaga zostanie zwrócona na populację, która nie weźmie udziału w programie. Przeanalizuje się i uwzględni przyczyny tego stanu. Wyciągnięte wnioski będą wykorzystane w celu możliwej minimalizacji skali tego typu sytuacji w kolejnych latach trwania programu.

b. Ocena jakości świadczeń w programie

Zostanie ona dokonana przez zewnętrznego eksperta w dziedzinie okulistyki. Ocenie podlegać będzie całość programu zdrowotnego ze szczególnym uwzględnieniem przyjętej metodologii oraz zastosowanych rozwiązań w odniesieniu do możliwości realizacji założonych celów. Utrzymanie wysokiej jakości świadczeń będzie nadzorował koordynator programu. Jakość świadczeń będzie na bieżąco monitorowana za pomocą ankiety.

Kwestionariusz zostanie udostępniony wszystkim uczestnikom akcji, którzy będą mogli go wypełnić i umieścić w specjalnie przygotowanej urnie. Ankieta ma charakter anonimowy. Kwestionariusze będą okresowo zbierane i analizowane pod kątem zgłaszanych uwag oraz poziomu zadowolenia (kwestionariusz w załączniku). Wyciągnięte wnioski posłużą do podniesienia jakości prowadzonego programu i zwiększenia poziomu zadowolenia uczestników.

c. Ocena efektywności programu

Podstawowe elementy poddane analizie to:

- liczba uczestników, którzy wezmą udział w programie;
- liczba nowych rozpoznań chorób narządu wzroku wśród uczestników programu ze szczególnym uwzględnieniem jaskry i zaćmy;
- liczba odbiorców akcji informacyjno-edukacyjnej,

Należy pamiętać, że trwałe obniżenie wskaźnika rozpoznań chorób narządu wzroku może być trudne do wykazania w krótkim (np. rocznym) okresie. Przewiduje się, że ten trend będzie miał charakter wybitnie długofalowy. Pewną rolę w ocenie efektywności programu odegrają również statystyki ogólnopolskie.

d. Ocena trwałości efektów programu

Program planowany jest na lata 2016–2018, niemniej przewiduje się jego kontynuację w kolejnych interwałach czasowych (okresy 3–4 lat). Będą na to miały wpływ przede wszystkim: kwestia dostępnych środków finansowych oraz pozytywna ocena efektywności programu prowadzona na zasadach opisanych w punkcie 6 c.

7. Okres realizacji programu

Program planowany jest na okres 2016–2018 (tzn. na 3 lata). W następujących po sobie latach do akcji będą zapraszane kolejne osoby spełniające kryteria kwalifikujące je do wzięcia udziału w akcji.

8. Bibliografia

1. Portal Womkat: Wady i choroby oczu”,
http://www.womkat.edu.pl/files/standaryzacja/grupa60/narzady_barbara_swiatek/wady_i_choroby_oczu.html [dostęp: 12.07.2016].
2. Portal poświęcony chorobie zaćma: www.katarakta.pl [dostęp: 12.07.2016].
3. Poradnik med. pod red. K. Janickiego: „Świat Wiedzy” – „Narząd wzroku”, Centrum operacji zaćmy: „Co to jest zaćma?”, <http://www.centrum-zacmy.pl/co-to-jest-zacma> [dostęp: 12.07.2016].
4. Litwińska B.: „Znaczenie wzroku, rodzaje i przyczyny jego uszkodzenia, oraz funkcjonalne następstwa schorzeń układu wzrokowego”.
5. Polskie Towarzystwo Profilaktyki Jaskry: „Typy jaskry”, http://jaskra.org.pl/?page_id=76 [dostęp: 13.07.2016].
6. World Health Organization: „Visual impairment and blindness”, Fact Sheet 2014, <http://who.int/mediacentre/factsheets/fs282/en/> [dostęp: 12.07.2016].
7. Dostęp do opieki okulistycznej w Polsce. Podejście systemowe. Najważniejsze problemy związane z dostępem do świadczeń okulistycznych. CEESTAHC 2013, http://www.ceestahc.org/pliki/nasze_publicacje/raporty/Dostep_do_opieki_okulistycznej_w_Polsce.pdf [dostęp: 13.07.2016].
8. Kotarba A., Borowiak E., Czajkowski J.: „Okulistyczne aspekty starzenia się człowieka”, *Probl Pielęg.* 2014;3:390–394.
9. Wierzbowska J., Stankiewicz A., Rabaszkiewicz J., et al.: „Starzenie się a jaskra”, *Okulistyka.* 2009;1:37.
10. Partyka O., Wysocki M.J.: „Epidemiologia chorób narządu wzroku oraz infrastruktura okulistyki w Polsce”, *Przeegl Epidemiol.* 2015;69:905–908.
11. Zaleska-Żmijewska A.: „Okulistyka w Polsce. Jaskra”, <http://okulistikawpolsce.pl/jaskra/> [dostęp: 14.07.2016].
12. Instytut Ochrony Pracy. Raport: Zdrowie priorytetem politycznym państwa – analiza i rekomendacje. Warszawa 2013, <http://ioz.org.pl/?pageId=12&pid=7> [dostęp: 14.07.2016].
13. World Health Organization. Universal eye health: A global action plan 2014–2019, <http://www.iapb.org/advocacy/who-action-plan> [dostęp: 13.07.2016].

14. Narodowy Program Zdrowia na lata 2007–2015. Załącznik do Uchwały Nr 90/2007 Rady Ministrów z dnia 15 maja 2007 roku, http://www.mz.gov.pl/__data/assets/pdf_file/0020/12494/zal_urm_npz_90_15052007p.pdf.
15. Polska Agencja Prasowa: „Od stycznia do okulisty i dermatologa potrzebne będzie skierowanie”, <http://www.rynekzdrowia.pl/Prawo/Od-stycznia-do-okulisty-i-dermatologa-potrzebne-bedzie-skierowanie,146916,2.html> [dostęp: 14.07.2016].
16. Portal „Zdrowie”: „Trwa kampania edukacyjna „Jaskra nie boli – kradnie wzrok”, <http://www.zdrowie.abc.com.pl/artykuly/trwa-kampania-edukacyjna-jaskra-nie-boli-kradnie-wzrok,989.html> [dostęp: 14.07.2016].
17. Gazeta Wyborcza, <http://wyborcza.pl/TylkoZdrowie/1,137474,19633792,choroby-oczu-zacma-jaskra-amd-walcz-o-wzrok.html> [dostęp: 12.07.2016].
18. Gazeta Wyborcza: „Rosną kolejki do usunięcia zaćmy. W Polsce na operację czeka 540 tys. osób”, <http://wyborcza.pl/1,75398,19636446,rosna-kolejki-do-usuniecia-zacmy-w-polsce-na-operacje-czeka.html> [dostęp: 12.07.2016].
19. Dziennik Bałtycki: „Kolejki na zabieg usunięcia zaćmy mamy najdłuższe w Europie”, <http://www.dziennikbaaltycki.pl/artukul/9083408,kolejki-na-zabieg-usuniecia-zacmy-mamy-najdluzsze-w-europie,id,t.html> [dostęp: 12.07.2016].
20. Portal „Watch Health Care”, <http://www.korektorzdrowia.pl/o-whc/o-fundacji/> [dostęp: 12.07.2016].
21. Ustawa z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych, Dz. U. z 1997 r. Nr 133, poz. 883.
22. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, Dz. U. z 2011 r. Nr 112, poz. 654.
23. Ustawa z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych, Dz. U. z 2010 r. Nr 107, poz. 679.
24. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 lipca 2011 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami, Dz. U. z 2011 r. Nr 151, poz. 896.
25. Ustawa z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych, Dz. U. z 1997 r. Nr 133, poz. 883.
26. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania, Dz. U. z 2014 r., poz. 177.

27. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych Dz. U. z 2004 r. Nr 210, poz. 2135 z późn. zm.
28. Dycht M.: „Strategie profilaktyki i leczenia wad i chorób wzroku, a »Wrażliwość Duchowa« w systemie ochrony zdrowia”, *Seminare*. 2015;3:129–141.
29. Narodowy Fundusz Zdrowia: „Program wczesnej diagnostyki i leczenia jaskry”, załącznik nr 2 do Zarządzenia Nr 21/2006 Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.

9. Załączniki

a. Sprawozdanie z wykonania świadczeń

PIECZĘĆ/NAZWA JEDNOSTKI

**SPRAWOZDANIE Z WYKONANIA ŚWIADCZEŃ W RAMACH PROGRAMU PROFILAKTYKI
CHORÓB NARZĄDU WZROKU ZE SZCZEGÓLNYM UWZGLĘDNIENIEM ZAĆMY I JASKRY
DLA MIESZKAŃCÓW GMINY KONSTANCIN-JEZIORNA NA LATA 2016–2018**

1. Sprawozdanie za okres
2. Liczba ogółem przyjętych uczestników
3. Liczba odmów udziału w programie
4. Liczba uczestników warsztatów informacyjnych
5. Liczba osób, które zgłosiły się na konsultacje okulistyczne
6. Liczba uczestników, u których wykonano badania diagnostyczne
7. Liczba stwierdzonych przypadków jaskry
8. Liczba stwierdzonych przypadków zaćmy

9. Uwagi:

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

.....
Data

.....
Podpis

b. Ankieta satysfakcji

**ANKIETA SATYSFAKЦИИ UCZESTNIKA PROGRAMU
PROFILAKTYKI CHOROÓB NARZĄDU WZROKU ZE SZCZEGÓLNYM UWZGLĘDNIENIEM ZAĆMY
I JASKRY DLA MIESZKAŃCÓW GMINY KONSTANCIN-JEZIORNA
NA LATA 2016–2018**

Jak oceniają Państwo poziom świadczeń w trakcie programu?

- 1. Stosunek do uczestnika (życzliwość, zaangażowanie, troska o badanego)**
 - a. Bardzo dobrze
 - b. Dobrze
 - c. Średnio
 - d. Źle
 - e. Nie mam zdania
- 2. Komunikatywność (wyczerpujące i zrozumiałe przekazywanie informacji)**
 - a. Bardzo dobrze
 - b. Dobrze
 - c. Średnio
 - d. Źle
 - e. Nie mam zdania
- 3. Zapewnianie intymności uczestnikom podczas badań**
 - a. Bardzo dobrze
 - b. Dobrze
 - c. Średnio
 - d. Źle
 - e. Nie mam zdania
- 4. Punktualność realizatorów**
 - a. Bardzo dobrze
 - b. Dobrze
 - c. Średnio
 - d. Źle
 - e. Nie mam zdania
- 5. Sprawność obsługi**
 - a. Bardzo dobrze
 - b. Dobrze
 - c. Średnio
 - d. Źle
 - e. Nie mam zdania
- 6. Inne uwagi**

.....

.....

.....

.....

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

c. Zgoda na udział w programie

ŚWIADOMA ZGODA NA UDZIAŁ W PROGRAMIE PROFILAKTYKI CHOROÓB NARZĄDU WZROKU ZE SZCZEGÓLNYM UWZGLĘDNIENIEM ZAĆMY I JASKRY DLA MIESZKAŃCÓW GMINY KONSTANCIN-JEZIORNA NA LATA 2016–2018

Ja niżej podpisany(a).....oświadczam, że uzyskałem(am) informacje dotyczące ww. programu oraz otrzymałem(am) wyczerpujące, satysfakcjonujące mnie odpowiedzi na zadane pytania. Wyrażam dobrowolnie zgodę na udział w tym programie i jestem świadomy(a) faktu, że w każdej chwili mogę wycofać zgodę na udział w dalszej części programu bez podania przyczyny. Przez podpisanie zgody na udział w akcji nie zrzekam się żadnych należnych mi praw. Otrzymam kopię niniejszego formularza opatrzoną podpisem i datą.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych uzyskanych w trakcie akcji zgodnie z obowiązującym w Polsce prawem (Ustawa o ochronie danych osobowych z 29.08.1997).

Uczestnik programu:

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

.....
Podpis i data złożenia podpisu
(ręką uczestnika programu)

ORYGINAŁ/KOPIA

UZASADNIENIE

do Uchwały nr 686/VI/41/2017 Rady Miejskiej Konstancin-Jeziorna z dnia 20 grudnia 2017 r. w sprawie uchwalenia programu profilaktyki schorzeń narządu wzroku ze szczególnym uwzględnieniem jaskry i zaćmy

Programy polityki zdrowotnej uchwalane przez jednostki samorządu terytorialnego są uzupełnieniem świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej finansowanej przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Pozwalają na podniesienie świadomości potrzeb dbania o zdrowie wśród mieszkańców, wpływają także na poziom profilaktyki zdrowotnej. Skierowane są do konkretnych grup mieszkańców.