

Op. 0006.133.2014 EK

**UCHWAŁA NR/...../2014
RADY MIEJSKIEJ W DRAWSKU POMORSKIM
z dnia listopada 2014 r.**

Druk nr 133

w sprawie przyjęcia do realizacji Wieloletniego programu zdrowotnego w zakresie profilaktyki wczesnego wykrywania jaskry w gminie Drawsko Pomorskie

Na podstawie art. 7 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych 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, poz. 1203 i Nr 232, poz. 1378, z 2012 r. poz. 123, 1016, 1342 i 1548, z 2013 r. poz. 154, 879, 983, 1290, 1623, 1646 i 1650 oraz z 2014 r. poz. 24, 295, 496, 567, 619, 773, 1004, 1136, 1138, 1146, 1175 i 1188), Rada Miejska w Drawsku Pomorskim uchwała, co następuje:

§1. Przyjmuje się do realizacji Wieloletni program zdrowotny w zakresie profilaktyki wczesnego wykrywania jaskry w gminie Drawsko Pomorskie w brzmieniu określonym w załączniku do niniejszej uchwały.

§2. Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Przewodniczący Rady Miejskiej
w Drawsku Pomorskim

Czesław Faliński

Zatwierdzam pod względem
formalno-prawnym
PRÓCZA PRAWNY
[Signature]

Uzasadnienie:

Na podstawie art. 7 ust. 1 pkt 5 ustawy o samorządzie gminnym (Dz. U. z 2013 r. poz. 594 ze zmianami) „zaspokajanie zbiorowych potrzeb wspólnoty należy do zadań własnych gminy. W szczególności zadania własne obejmują sprawy:

...

5) ochrony zdrowia”

Z kolei na podstawie art. 7. ust. 1. pkt 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 ze zmianami) „do zadań własnych gminy w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej należy w szczególności:

1) opracowywanie i realizacja oraz ocena efektów programów zdrowotnych wynikających z rozpoznanych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców gminy”.

W związku z powyższym, po rozpoznaniu potrzeb społecznych i możliwości ich zaspokojenia, opracowany został „Wieloletni program zdrowotny w zakresie profilaktyki wczesnego wykrywania jaskry w gminie Drawsko Pomorskie”, który został przedłożony do przyjęcia Radzie Miejskiej w Drawsku Pomorskim.



Załącznik do uchwały Nr/.../2014
Rady Miejskiej w Drawsku Pomorskim
z dnia 2014 r.

WIELOLETNI PROGRAM ZDROWOTNY w zakresie profilaktyki wczesnego wykrywania jaskry w gminie Drawsko Pomorskie



Drawsko Pomorskie, listopad 2014r.

I. WPROWADZENIE

1. Wstęp

Pojęcie zdrowia można rozpatrywać zarówno jako wartość indywidualną oraz jako dobro społeczne. Zdrowy człowiek ma bowiem większe szanse na samorealizację, satysfakcjonujące pełnienie ról społecznych i na lepszą adaptację do zmian środowiska. Dobrze funkcjonująca, odpowiadająca potrzebom społeczności lokalnej opieka zdrowotna jest przedmiotem troski każdego samorządu, który w świetle rozwiązań prawnych przyjmuje odpowiedzialność za jakość i poziom zaspokajania potrzeb mieszkańców.

Obecnie najważniejszym dokumentem wyznaczającym cele i kierunki polityki ochrony zdrowia publicznego jest Narodowy Program Zdrowia (NPZ) na lata 2007-2015 oraz przyjęty przez Europejski Komitet Regionalny WHO dokument „Zdrowie 21 – Zdrowie dla wszystkich w XXI wieku”. Dla gminy Drawsko Pomorskie istotny jest również aspekt zdrowotny zawarty w Strategii rozwoju powiatu drawskiego do roku 2015.

Narodowy Program Zdrowia uwzględnia główne kierunki polityki zdrowotnej i stwarza szanse na bardziej skuteczną realizację zadań związanych ze zdrowiem społeczeństwa. Celem strategicznym Narodowego Programu Zdrowotnego jest poprawa zdrowia i związanej z nim jakości życia ludzi poprzez działania skierowane na promocję zdrowego stylu życia, kształtowanie sprzyjającego zdrowiu środowiska życia, pracy i nauki oraz zmniejszanie różnic w zdrowiu i dostępności do świadczeń zdrowotnych, w konsekwencji prowadzących do ograniczenia bądź likwidacji czynników sprzyjających powstawaniu głównych chorób cywilizacyjnych, takich jak choroby układu krążenia, choroby nowotworowe, urazy i zatrucia czy też choroby psychiczne.

Zaspokajanie zbiorowych potrzeb wspólnoty samorządowej w zakresie ochrony zdrowia jest jednym z najważniejszych zadań własnych gminy wymienionych w art. 7 ustawy z dnia 8 marca 1990 roku o samorządzie gminnym (Dz.U.2013.594 j.t. ze zmianami).

Do zadań własnych gminy w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej należy w szczególności opracowywanie i realizacja oraz ocena efektów programów zdrowotnych, wynikających z rozpoznanych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców, co wynika z art. 7 ust. 1 i art. 28 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U.2008.164.1027 j.t. ze zmianami).

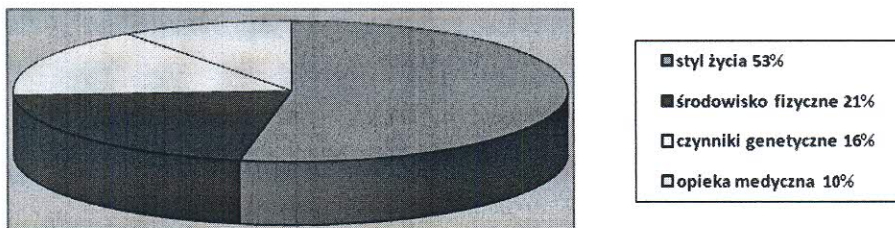
Zapobieganie chorobom cywilizacyjnym możliwe jest poprzez stosowanie odpowiedniej profilaktyki, jak również poprzez podejmowanie wszelkich działań i środków w celu przeciwdziałania czynnikom ryzyka wywołującym wiele chorób tego typu, w tym nowotworowych.

2. Podstawowe pojęcia

Zdrowie - w ujęciu Światowej Organizacji Zdrowia to stan pełnego fizycznego, psychicznego i społecznego dobrego samopoczucia (dobrostanu), a nie tylko brak choroby i kalectwa. Powyższą definicję można uzupełnić o aspekt funkcjonalny zdrowia, czyli stan optymalnej zdolności do efektywnego wykonywania codziennych zadań.

W 1980 roku Marc La Londa wyszczególnił cztery zasadnicze grupy czynników wpływających na zdrowie człowieka. Są to:

- 1) styl życia,
- 2) środowisko,
- 3) cechy genetyczne,
- 4) opieka zdrowotna.



Rysunek 1: Wykres rodzajów czynników i ich wpływu na zdrowie człowieka wg. teorii M. La Londa

Jak wynika z powyższego wykresu największy wpływ na zdrowie ma styl życia (53%), czyli:

- 1) aktywność fizyczna,
- 2) sposób odżywiania,
- 3) stosowanie używek (nikotyna, alkohol, narkotyki),
- 4) sposoby radzenia sobie ze stresem.

Jest to jedyna grupa, która oddziałuje w sposób bezpośredni na zdrowie człowieka, i na którą człowiek ma wpływ - jest w stanie modyfikować.

W 21% na stan zdrowia człowieka wpływa środowisko, czyli:

- 1) stan czystości wody, powietrza i gleby,
- 2) ilość odpadów,
- 3) otoczenie (dom, szkoła, praca),
- 4) stopień degradacji środowiska naturalnego.

Oddziaływanie człowieka na poszczególne elementy środowiska fizycznego zmienia się wraz z postępowaniem cywilizacyjnym i technologicznym.

Czynniki genetyczne są odpowiedzialne w około 16% za nasze zdrowie i jest to grupa, na którą nie możemy wpłynąć.

Opieka medyczna tj. jej:

- 1) dostępność,
- 2) organizacja,
- 3) jakość,

wpływa tylko w około 10% na zdrowie człowieka. Jesteśmy wyłącznie odbiorcami działań, na które nie mamy bezpośredniego wpływu.

Poziom zdrowia społeczeństwa determinują takie czynniki jak:

- 1) sytuacja demograficzna,
- 2) styl życia obywateli,
- 3) poziom warunków zdrowotnych,
- 4) sprawność systemu ochrony zdrowia.

Polityka zdrowotna - dział polityki społecznej, który, wg Światowej Organizacji Zdrowia, "odnosi się do decyzji, planów i działań, które podejmowane są w celu osiągnięcia konkretnych celów opieki zdrowotnej w społeczeństwie. (...) Określa wizję przyszłości, która

z kolei pomaga ustalić cele i punkty odniesienia w perspektywie krótko i średnioterminowej. To wyznacza priorytety oraz oczekiwane role poszczególnych grup. Buduje konsensus i informuje ludzi".

Badania nad polityką zdrowotną państw podejmowano równolegle w wielu krajach w latach 70. XX wieku. Z czasem włączono pojęcie polityki ochrony zdrowia w ramy szerszej rozumianej polityki zdrowotnej.

W Polsce prowadzenie polityki zdrowotnej leży obecnie w zakresie obowiązków Ministerstwa Zdrowia. Poszczególne zadania polityki są realizowane na wszystkich szczeblach administracji państwowej i w jednostkach samorządu terytorialnego na poziomie województwa, powiatu i gminy.

Najogólniej mówiąc polityka zdrowotna obejmuje:

- 1) promocję zdrowia,
- 2) profilaktykę,
- 3) opiekę zdrowotną.

Promocja zdrowia zgodnie z definicją zawartą w Karcie Ottawskiej jest procesem umożliwiającym ludziom zwiększenie kontroli nad własnym zdrowiem oraz jego poprawę poprzez podnoszenie wiedzy w społeczeństwie o sposobach skutecznego zapobiegania chorobom, tworzenie odpowiednich warunków społecznych ekonomicznych i gospodarczych korzystnych dla poprawy stanu zdrowia. Jako proces podejmowania decyzji w sprawach ludzkiego zdrowia opiera się przede wszystkim na aktywności środowisk lokalnych i współpracy międzysektorowej.

Karta Ottawska (1986r.) określa działania z zakresu „Promocji Zdrowia” jako wspierające, broniące i umożliwiające zachowanie zdrowia, jak również wyznacza wszechstronną strategię promocji zdrowia określając główne obszary działań, do których należą:

- określenie polityki zdrowia publicznego,
- tworzenie środowisk wspierających,
- wzmocnienie działań społecznych,
- rozwijanie umiejętności osobniczych,
- reorientacja świadczeń zdrowotnych na promujące zdrowie.

Należy społeczeństwu lokalnemu stwarzać warunki do działań na rzecz zdrowia, a w szczególności do popierania prozdrowotnych postaw oraz rozwijania wiedzy i umiejętności w promowaniu własnego i wspólnego zdrowia, a także do wzrostu jakości życia obywateli. Aby promować zdrowie należy odejść od traktowania ludzi, jako biernych odbiorców programów zdrowotnych, lecz angażować ich i uznać za aktywnych współuczestników w całym procesie kształtowania zdrowia społeczeństwa lokalnego.

Profilaktyka zdrowotna jest to szereg działań mających na celu zapobieganie chorobie bądź innemu niekorzystnemu zjawisku zdrowotnemu przed jego rozwinięciem się poprzez kontrolowanie przyczyn i czynników ryzyka. Polega ona na zapobieganiu poważniejszym konsekwencjom choroby poprzez jej wczesne wykrycie i leczenie. Celem profilaktyki jest podjęcie szybkich i skutecznych działań przywracających zdrowie, ma ona również na celu zahamowanie postępu lub powikłań już istniejącej choroby. Dzięki temu prowadzi do ograniczenia niesprawności i inwalidztwa. Istotnym elementem profilaktyki jest także zapobieganie powstawaniu niekorzystnych wzorów zachowań społecznych, które przyczyniają się do podwyższania ryzyka choroby. Wyróżniamy 3 rodzaje profilaktyki:

- Profilaktyka I. stopnia obejmująca umacnianie zdrowia, swoiste zapobieganie chorobom (działania promocji zdrowia, szczepienia ochronne);

- Profilaktyka II stopnia (wtórna) – obejmująca wczesne wykrycie nieprawidłowości i podjęcie działań do ich eliminacji, zahamowanie choroby, (profilaktyczne badania okresowe, badania przesiewowe, diagnostyczne);
- Profilaktyka III stopnia: działania mające na celu niedopuszczenie do rozwinięcia już powstałej choroby, powrót do normalnego stanu zdrowia (rehabilitacja).

Na każdym etapie profilaktyki istotne znaczenie ma edukacja zdrowotna, czyli uczenie się jak dbać o zdrowie własne i społeczności. Proces edukacji obejmuje dostarczanie wiedzy, kształtowanie postaw oraz rozwijanie umiejętności dokonywania wyborów, niezależnego podejmowania życiowych decyzji.

Opieka zdrowotna jest to system działań ukierunkowanych na przywracanie zdrowia poprzez tworzenie sprawnego systemu usług medycznych.

3. Zadania samorządów terytorialnych dotyczące programów zdrowotnych

Zgodnie z art. 7 ust. 1 pkt 5 ustawy o samorządzie gminnym zadania własne gminy obejmują sprawy ochrony zdrowia. Uzupełnieniem tych regulacji są przepisy ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Zgodnie z tą ustawą, w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej należy w szczególności:

- 1) opracowywanie i realizacja oraz ocena efektów programów zdrowotnych wynikających z rozpoznanych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców gminy,
- 2) przekazywanie powiatowi informacji o realizowanych programach zdrowotnych,
- 3) inicjowanie i udział w wytyczaniu kierunków przedsięwzięć lokalnych zmierzających do zaznajamiania mieszkańców z czynnikami szkodliwymi dla zdrowia oraz ich skutkami,
- 4) podejmowanie innych działań wynikających z rozeznaczonych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców gminy.

Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej definiuje program zdrowotny jako zespół zaplanowanych i zamierzonych działań z zakresu opieki zdrowotnej ocenianych jako skuteczne, bezpieczne i uzasadnione, umożliwiających w określonym terminie osiągnięcie założonych celów, polegających na wykrywaniu i zrealizowaniu określonych potrzeb zdrowotnych oraz poprawy stanu zdrowia określonej grupy świadczeniobiorców, finansowany ze środków publicznych (art. 5 pkt 30).

Uzupełnienie tych przepisów stanowi art. 48 ustawy, zgodnie z którym programy zdrowotne dotyczą w szczególności:

- ważnych zjawisk epidemiologicznych,
- innych istotnych problemów zdrowotnych dotyczących całej lub określonej grupy świadczeniobiorców przy istniejących możliwościach ich eliminowania bądź ograniczania,
- wdrożenia nowych procedur medycznych i przedsięwzięć profilaktycznych.

Zadania z zakresu realizacji programów zdrowotnych, o których mowa w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych nie są zadaniami obligatoryjnymi dla jednostek samorządu terytorialnego.

W ustawie o ochronie zdrowia psychicznego na samorzady gmin, powiatów i województw nałożono obowiązek prowadzenia działań określonych w Narodowym Programie Ochrony

Zdrowia Psychicznego. Jednocześnie w ustawie sprecyzowano, że działania te mają polegać m.in. na promowaniu zdrowia psychicznego i zapobieganiu zaburzeniom psychicznym.

Na jednostki samorządu terytorialnego nałożono, m.in.

- ustalenie priorytetów promocji zdrowia psychicznego na obszarze działania,
- opracowanie i realizację programów promocji zdrowia w celu upowszechnienia wiedzy na temat zdrowia psychicznego,
- kształtowanie zachowań i stylów życia korzystnych dla zdrowia psychicznego,
- rozwijanie umiejętności radzenia sobie w sytuacjach zagrażających zdrowiu psychicznemu.

Do zadań z zakresu szeroko rozumianej ochrony zdrowia można również zaliczyć realizowanie przez gminy gminnego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych, na podstawie przepisów ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi. W ramach realizacji programu, gmina powinna zapewnić m.in. zwiększanie dostępności pomocy terapeutycznej i rehabilitacyjnej dla osób uzależnionych od alkoholu oraz prowadzenie profilaktycznej działalności informacyjnej i edukacyjnej w zakresie rozwiązywania problemów alkoholowych i przeciwdziałania narkomanii, w szczególności u dzieci i młodzieży.

Podobnie do zadań gminy należy również przeciwdziałanie narkomanii. Dotyczą one m.in. zwiększania dostępności pomocy terapeutycznej i rehabilitacyjnej dla osób uzależnionych i osób zagrożonych uzależnieniem, prowadzenia profilaktycznej działalności informacyjnej, edukacyjnej oraz szkoleniowej w zakresie rozwiązywania problemów narkomanii, w szczególności u dzieci i młodzieży (w ramach opracowywanego przez wójta i uchwalonego przez radę gminy gminnego programu przeciwdziałania narkomanii).

II. OPIS PROBLEMU ZDROWOTNEGO

1. Informacje o gminie

Gmina Drawsko Pomorskie położona jest w powiecie drawskim w południowo-wschodniej części województwa zachodniopomorskiego i zajmuje powierzchnię 344,17 km².

Na podstawie aktualnych danych z Ewidencji Ludności UM w Drawsku Pomorskim (na dzień 31.10.2014r.) zamieszkuje tu ogółem 16.701 mieszkańców, z tego w mieście Drawsko Pomorskie – 11.850 osób, a na obszarze wiejskim – 4.851 osób. Średnia gęstość zaludnienia wynosi 48 osób /1 km².

W skład gminy wchodzi 1 miasto – Drawsko Pomorskie i 33 wsie.

Na terenie gminy Drawsko Pomorskie funkcjonują następujące jednostki pomocnicze gminy:

- 2 samorządy mieszkańców miasta Drawsko Pomorskie,
- 13 sołectw.

2. Opis problemu zdrowotnego

Pojęciem jaskry określamy grupę schorzeń, których wspólną cechą jest postępujące uszkodzenie nerwu wzrokowego prowadzące w konsekwencji do utraty wzroku.

Jaskra uznana została przez Światową Organizację Zdrowia za chorobę społeczną. Z dostępnych danych wynika, iż na świecie żyje około 68 milionów ludzi chorych na jaskrę, a około 7 milionów jest niewidomych w wyniku tego schorzenia. Choroba ta występuje dość często i cierpi na nią 3-3,5% całej populacji. Wśród osób powyżej 35 roku życia odsetek chorych wzrasta do 3,5%- 4,5%.

W Polsce szacuje się, iż na samą jaskrę choruje około 700 tysięcy osób, spośród których jedynie 60-70 tysięcy wie o swojej chorobie i leczy się w jej kierunku.

Do czynników ryzyka jaskry należą:

- 1) Występowanie jaskry w rodzinie,
- 2) Niskie ogólne ciśnienie krwi,
- 3) Hipercholesterolemia/hiperlipidemia,
- 4) Objawy naczynioskurczowe: zimne stopy i dłonie,
- 5) Krótkowzroczność: powyżej 4 dioptrii,
- 6) Częste bóle głowy – migreny,
- 7) Cukrzyca.

Najczęściej występującym rodzajem jaskry jest jaskra pierwotna (determinowana genetycznie) ujawniająca się około 40 roku życia. Inny rodzaj, tzw. jaskra wtórna jest najczęściej następstwem stanu zapalnego, urazu bądź zabiegu operacyjnego. Występuje także jaskra wrodzona ujawniająca się w okresie dziecięcym lub młodzieńczym, ale wykrywanie tego rodzaju choroby nie zostało objęte przedmiotowym Programem.

Trudności we wczesnym wykryciu jaskry i zastosowaniu właściwego leczenia wynikają z faktu, iż objawy choroby długo mogą pozostawać utajone, bez charakterystycznych zmian w widzeniu. Dlatego, ze względu na długą fazę przedkliniczną tej choroby, badania przesiewowe w jej przypadku są szczególnie uzasadnione. Wykrycie jaskry we wczesnym stadium i szybkie wdrożenie leczenia daje chorym szansę na zatrzymanie choroby i uratowanie wzroku. Zniszczenie nerwu wzrokowego w jaskrze jest nieodwracalne, ale leczenie może opóźnić proces jego destrukcji, wpływając na zachowanie funkcji widzenia, a tym samym na utrzymanie wysokiej „jakości życia” rozumianej jako zdolność do uczestnictwa w życiu codziennym oraz aktywności społecznej i zawodowej.

Jedynym sposobem uniknięcia niekorzystnych konsekwencji choroby jest regularne badanie wzroku ukierunkowane na jej wykrycie. Niestety, obok niewystarczającego często poziomu wiedzy pacjentów na temat jaskry, istotnym problemem jest ograniczona dostępność do okulisty, przejawiająca się między innymi długim okresem oczekiwania na wizytę specjalistyczną.

III. OPIS PROGRAMU

1. Cel główny:

Obniżenie liczby osób tracących wzrok z powodu uszkodzenia nerwu wzrokowego w przebiegu jaskry poprzez odpowiednio wczesne wykrycie choroby i wdrożenie specjalistycznego leczenia.

2. Cele szczegółowe:

- 1) Zwiększenie liczby wykrywanych przypadków jaskry we wczesnym stadium choroby, w którym podjęcie leczenia może zahamować tempo jej rozwoju;
- 2) Zachowanie aktywności zawodowej i społecznej u osób z wczesnie wykrytą chorobą;
- 3) Podniesienie poziomu wiedzy pacjentów objętych akcją w zakresie profilaktyki jaskry i czynników ryzyka jej wystąpienia;
- 4) Wykrycie w trakcie badań innych schorzeń oczu i przydatków oczu;
- 5) Zwiększenie dostępności lekarza okulisty dla mieszkańców gminy Drawsko Pomorskie.

3. Adresaci Programu:

Program adresowany jest do kobiet i mężczyzn w wieku 35-60 lat (biorąc pod uwagę rok urodzenia) zamieszkałych na terenie gminy Drawsko Pomorskie.

4. Realizatorzy Programu:

Program zdrowotny będzie realizowany przez Szpitala Polskie S.A. Drawskie Centrum Specjalistyczne, które świadczy usługi m.in. w zakresie okulistyki, w Przychodni Przyszpitalnej w Drawsku Pomorskim, ul. Bolesława Chrobrego 4.

Minimalna liczba oraz kwalifikacje zawodowe osób, które będą realizowały świadczenia zdrowotne w ramach akcji: lekarz okulista oraz pracownik placówki medycznej z doświadczeniem w zakresie objętym Programem.

5. Organizacja realizacji Programu:

Badania wykonywane będą przez wykwalifikowany personel medyczny Realizatora Programu.

Podczas wizyty okulistycznej podejmowane będą następujące czynności:

- 1) Przeprowadzanie badania ankietowego (według wzoru obowiązującego dla Realizatora Programu).
- 2) Wykonanie poniższych badań przedmiotowych:
 - a) badanie ciśnienia śródgałkowego - tonometrem bezkontaktowym CANON TX-10,
 - b) badanie dna oka,
 - c) badanie tarczy, siatkówki i rogówki przy użyciu lampy szczelinowej.
- 3) Uzupelnienie ankiety w zakresie rozpoznania.
- 4) Poinformowanie pacjenta o wyniku badania i przekazanie zaleceń odnośnie dalszego postępowania:
 - a) w przypadku wyniku prawidłowego - zalecenie, w oparciu o analizę czynników ryzyka, wykonywania okresowych kontroli wzroku,
 - b) w przypadku wyniku nieprawidłowego - poinformowanie pacjenta o rozpoznaniu, stanie zaawansowania choroby oraz o możliwościach leczenia (ewentualnie przeprowadzenie dalszej diagnostyki i leczenia, które nie będą finansowane ze środków Programu).
- 5) Wydanie pacjentowi informacji o wynikach przeprowadzonych u niego badań w ramach Programu.

Program poprzedzi akcja promocyjno-informacyjna, która będzie prowadzona również w trakcie realizacji Programu. Za realizację akcji promocyjno-informacyjnej odpowiedzialny będzie Realizator Programu. Akcja ta ma na celu rozpowszechnienie informacji o możliwości skorzystania z bezpłatnych badań wśród jak największej liczby mieszkańców gminy Drawsko Pomorskie, spełniających kryteria określone dla adresatów Programu.

6. Czas realizacji Programu:

Program będzie realizowany od 2014 roku bezterminowo w systemie wieloletnim. Działania w ramach Programu będą organizowane w systemie ciągłym, uzależnionym od aktualnych możliwości personalnych Realizatora.

7. Finansowanie:

Planowane koszty całkowite realizacji Programu:

- 1) w 2014 roku - 10.000,00 złotych – przeznaczone na zakup tonometru bezkontaktowego CANON TX-10;
- 2) w kolejnych latach – brak kosztów dla gminy. Ewentualne koszty związane z zatrudnieniem pracowników, zaopatrzeniem w materiały sanitarne i usuwaniem odpadów itp. ponosi Realizator Programu.

W celu realizacji Programu Gmina udostępni Realizatorowi Programu zakupione urządzenie tj. tonometr bezkontaktowy CANON TX-10. Szczegółowe warunki dotyczące korzystania z urządzenia określone zostaną w stosownej umowie.

8. Monitoring i ewaluacja:

Realizacja programu będzie monitorowana w sposób ciągły.

Zakres monitoringu:

- 1) Przebieg akcji promocyjno-informacyjnej;
- 2) Frekwencja;
- 3) Liczba i odsetek wykrytych przypadków jaskry we wczesnym stadium choroby;
- 4) Liczba i odsetek wykrytych przypadków jaskry w stadium zaawansowanym;
- 5) Liczba i odsetek wykrytych przypadków innych chorób narządu wzroku.

Informacja z realizacji programu będzie przedkładana Radzie Miejskiej w Drawsku Pomorskim w systemie rocznym, po uprzednim uzgodnieniu terminu jej przedłożenia. Zakłada się możliwość opracowania końcowego sprawozdania z realizacji Programu po jego ewentualnym zakończeniu.

9. Oczekiwane efekty realizacji programu:

Oczekiwane efekty programu są zbieżne z celami wymienionymi w Dziale III ust. 1 i 2, jednak rzeczywisty jego wpływ na zmniejszenie wskaźników zapadalności na jaskrę znany będzie w znacznie dłuższej perspektywie czasu.

Mierniki efektywności na poziomie gminy będą również do oszacowania w układzie wieloletnim, przy czym prowadzony monitoring realizacji programu dostarczać powinien systematycznie (w systemie rocznym) informacji statystycznych o przydatności realizowanego Programu i jego efektach.