



Rekomendacja nr 192/2025

z dnia 15 grudnia 2025 r.

Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących profilaktyki chorób układu sercowo-naczyniowego, nadciśnienia tętniczego oraz hipercholesterolemii

Prezes Agencji rekomenduje przeprowadzanie w ramach programów polityki zdrowotnej kampanii informacyjnej skierowanej do populacji ogólnej, kompleksowej interwencji ukierunkowanej na modyfikację stylu życia u osób dorosłych narażonych na ryzyko wystąpienia chorób układu krążenia oraz edukacji zdrowotnej dzieci i młodzieży.

Prezes Agencji nie rekomenduje wykorzystywania w ramach programów polityki zdrowotnej innych technologii medycznych i działań, jak również odmiennych warunków realizacji niż uwzględnione w niniejszym dokumencie.

Uzasadnienie

Niniejsza rekomendacja stanowi aktualizację Rekomendacji nr 15/2020 z dnia 15 grudnia 2020 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących profilaktyki chorób układu sercowo-naczyniowego, nadciśnienia tętniczego oraz hipercholesterolemii, zgodnie z art. 48aa ust. 8. Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Choroby układu krążenia (ChUK) obejmują zaburzenia w obrębie serca i układu naczyń krwionośnych. Do najważniejszych modyfikowalnych czynników ryzyka należą: nieprawidłowa dieta, palenie wyrobów tytoniowych, spożywanie alkoholu, niska aktywność fizyczna, nadwaga bądź otyłość oraz wysokie ciśnienie krwi (nadciśnienie tętnicze) i zaburzenia lipidowe (w tym hipercholesterolemia).

Prezes Agencji biorąc pod uwagę stanowisko Rady Przejrzystości, odnalezione dowody naukowe, opinie ekspertów klinicznych, obowiązujące przepisy prawa oraz dane epidemiologiczne dotyczące chorób układu sercowo-naczyniowego, nadciśnienia tętniczego oraz hipercholesterolemii, zaleca przeprowadzanie w ramach programów polityki zdrowotnej (PPZ):

- kampanii informacyjnej skierowanej do populacji ogólnej;
- kompleksowej interwencji ukierunkowanej na modyfikację stylu życia u osób dorosłych narażonych na ryzyko wystąpienia chorób układu krążenia;
- edukacji zdrowotnej dzieci i młodzieży w wieku szkolnym.

Choroby układu krążenia (w tym choroba nadciśnieniowa, choroba niedokrwienna serca oraz udar) stanowią najistotniejszy problem zdrowotny oraz główną przyczynę zgonów w Polsce. Szacuje się wzrost liczby osób przewlekle chorych na ChUK ze względu na postępujące starzenie się społeczeństwa. Ponadto, w 2023 r. ChUK stanowiły drugą co do częstości przyczynę zgłaszania się do systemu opieki zdrowotnej (10 mln osób).

Dostępne dane epidemiologiczne, wytyczne praktyki klinicznej, opinie ekspertów oraz dowody naukowe wskazują na zasadność prowadzenia działań ukierunkowanych na profilaktykę chorób układu krążenia, nadciśnienia tętniczego oraz hipercholesterolemii. Najważniejszym elementem profilaktyki pierwotnej ww. chorób jest ograniczenie czynników ryzyka poprzez modyfikację stylu życia.

Niniejsza rekomendacja obejmuje zarówno etapy realizowane przez podmiot wdrażający projekt programu polityki zdrowotnej, jak i te przeprowadzane przez jego realizatora. Szczegóły przedstawiono w dalszej części poświęconej warunkom realizacji programu.

1. Problem zdrowotny i epidemiologia

Choroby układu krążenia

Układ sercowo-naczyniowy dostarcza krew do tkanek w ilości odpowiedniej do ich zapotrzebowania metabolicznego. Układ funkcjonuje poprawnie, gdy pompa sercowa ma odpowiednio dużą pojemność minutową, a w tętnicach panuje odpowiednio wysokie ciśnienie wymuszające przepływ krwi od serca do tkanek.

Choroby układu krążenia w polskiej wersji językowej ICD-11 zostały ujęte w nadrzędnym kodzie nr 11.

Modyfikowalnymi czynnikami ryzyka wystąpienia chorób układu krążenia (ChUK) są: nieprawidłowe żywienie, palenie tytoniu, niska aktywność fizyczna, podwyższone ciśnienie tętnicze, zwiększone stężenie cholesterolu frakcji lipoprotein o małej gęstości (LDL), niskie stężenie cholesterolu frakcji lipoprotein o wysokiej gęstości (HDL), zwiększone stężenie trójglicerydów, stan przedcukrzycowy, nadwaga lub otyłość. Z kolei do niemodyfikowalnych czynników ryzyka ChUK należą: wiek, płeć i wczesne występowanie w rodzinie choroby niedokrwiennej serca lub miażdżycy.

Profilaktyka ChUK uwzględnia ocenę i wczesne wykrywanie chorób oraz modyfikację lub eliminację czynników ryzyka wynikających ze stylu życia, poprzez: edukację społeczeństwa, tworzenie warunków sprzyjających aktywności fizycznej, niepalenie tytoniu i zdrowe nawyki żywieniowe.

Zgodnie z Mapami Potrzeb Zdrowotnych na lata 2027-2031, choroby układu krążenia (w tym choroba nadciśnieniowa, choroba niedokrwienna serca oraz udar) oraz nowotwory stanowią najistotniejsze problemy zdrowotne w Polsce. Szacuje się wzrost liczby osób przewlekle chorych na ChUK ze względu na postępujące starzenie się społeczeństwa.

W 2023 r. choroby układu krążenia stanowiły drugą co do częstości przyczynę zgłaszania się do systemu opieki zdrowotnej (10 mln osób), tuż po chorobach układu oddechowego (14 mln osób). Nadciśnienie pierwotne stanowiło najczęstszą przyczynę udzielania świadczeń (ponad 7,7 mln osób), a zaburzenia przemian lipidów i inne lipidemie plasowały się na 5. miejscu (4 mln osób). Pierwotne nadciśnienie tętnicze było również w 2023 r. najczęściej raportowaną jednostką chorobową w ramach POZ (14,92 mln), a także stanowiło przyczynę ok. 30% wizyt w poradniach kardiologicznych.

Głównymi przyczynami zgonów w 2023 r. również były choroby układu krążenia i choroby nowotworowe. Obie grupy odpowiadały za blisko 64% wszystkich zgonów, a ich udział w porównaniu do 2022 r. wzrósł o 4 p.p. Choroby układu krążenia były przyczyną ponad 150 tys. zgonów, co stanowiło ponad 37% ogólnej liczby zgonów. W tej grupie prawie 62 tys. zgonów (40%) było wynikiem choroby niedokrwiennej serca, a ponad 12 tys. zgonów (8%) choroby nadciśnieniowej.

Nadciśnienie tętnicze

Nadciśnienie tętnicze (NT) to choroba przewlekła, charakteryzująca się podwyższonym ciśnieniem krwi. U osób dorosłych nadciśnienie tętnicze powinno być klasyfikowane jako: prawidłowe (skurczowe <120 mmHg oraz rozkurczowe <80 mmHg), podwyższone (skurczowe 120-129 mmHg oraz rozkurczowe <80 mmHg) lub nadciśnienie 1 stopnia (skurczowe 130-139 mmHg lub rozkurczowe 80-89 mmHg) bądź 2 stopnia (skurczowe ≥140 mmHg lub rozkurczowe ≥90 mmHg).

Najczęściej nadciśnienie tętnicze spowodowane jest czynnikami środowiskowymi i genetycznymi (tzw. nadciśnienie pierwotne/samoistne). Z kolei nadciśnienie wtórne wynika z obecności chorób współistniejących, np. chorób nerek, układu nerwowego czy układu wydzielania wewnętrznego.

Zgodnie z polską wersją językową ICD-11, nadciśnienie pierwotne (samoistne) i nadciśnienie wtórne zostały ujęte w następujących kodach:

- BA00 Nadciśnienie samoistne:
 - BA00.0 Współwystępujące nadciśnienie rozkurczowe i skurczowe;
 - BA00.1 Izolowane nadciśnienie rozkurczowe;
 - BA00.2 Izolowane nadciśnienie skurczowe;
 - JA20.0 Istniejące uprzednio nadciśnienie pierwotne wklajające ciążę, poród lub połóg;

- BA00.Y Inne określone nadciśnienie samoistne;
- BA00.Z Nadciśnienie samoistne, nieokreślone;
- BA04 Nadciśnienie wtórne:
 - BA04.0 Współwystępujące wtórne nadciśnienie tętnicze rozkurczowe i skurczowe;
 - BA04.1 Izolowane wtórne nadciśnienie tętnicze rozkurczowe;
 - BA04.2 Izolowane wtórne nadciśnienie tętnicze skurczowe;
 - JA20.4 Istniejące uprzednio nadciśnienie wtórne wklajające ciążę, poród lub połóg;
 - BA04.Y Inne określone nadciśnienie wtórne;
 - BA04.Z Nadciśnienie wtórne, nieokreślone.

Hipercholesterolemia

Hipercholesterolemia to przewlekłe zaburzenie przemiany lipidów charakteryzujące się podwyższonym stężeniem cholesterolu całkowitego (>190 mg/dl [5,0 mmol/l]), w tym cholesterolu LDL. Hipercholesterolemia pierwotna (tzw. hipercholesterolemia rodzinna) jest uwarunkowana genetycznie i jest dziedziczona w sposób autosomalny dominujący. Natomiast stosowanie niektórych leków lub obecność chorób współistniejących może być przyczyną wystąpienia hipercholesterolemii wtórnej.

W polskiej wersji językowej ICD-11, hipercholesterolemia znajduje się w kodzie nadrzędnym 05, tj. zaburzenia wydzielania wewnętrznego, stanu odżywienia i przemian metabolicznych – zaburzenia metabolizmu lipoprotein lub określone lipidemie (5C80: Hiperlipoproteinemia) i została ujęta w następujących kodach:

- 5C80.0 Hipercholesterolemia:
 - 5C80.00 Pierwotna hipercholesterolemia;
 - 5C80.01 Wtórna hipercholesterolemia;
 - 5C80.0Z Hipercholesterolemia, nieokreślona.

Diagnostykę w kierunku dyslipidemii zaleca się u osób z: klinicznymi objawami chorób sercowo-naczyniowych, blaszkami miażdżycowymi w tętnicach wieńcowych i/lub szyjnych, cukrzycą, przewlekłą chorobą nerek, nadciśnieniem tętniczym, otyłością, przewlekłą chorobą autoimmunologiczną oraz osób z historią rodzinną ciężkiej dyslipidemii lub przedwczesnej ChUK.

2. Omówienie rekomendacji klinicznych, ekonomicznych i zaleceń organizacyjnych w odniesieniu do ocenianej technologii

W ramach aktualizacji odnaleziono i włączono do analizy rekomendacje/wytyczne o jasno określonej metodologii ich przygotowania wydane przez: Polskie Towarzystwo Medycyny Rodzinnej (PTMR 2024), Polskie Towarzystwo Nadciśnienia Tętniczego i Polskie Towarzystwo Kardiologiczne (PTNT/PTK), Polskie Towarzystwo Lipidologiczne, Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce, Polskie Towarzystwo Kardiologiczne, Polskie Towarzystwo Diagnostyki Laboratoryjnej, Polskie Towarzystwo Diabetologiczne i Polskie Towarzystwo Nadciśnienia Tętniczego (PTL/KLRwP/PTK/PTDL/PTD/PTNT 2021), American Heart Association, American College of Cardiology, American Association of Nurse Practitioners, American Academy of Physician Associates, Association of Black Cardiologists, American College of Clinical Pharmacy, American College of Preventive Medicine, American Geriatrics Society, American Medical Association, American Society of Preventive Cardiology, National Medical Association Preventive Cardiovascular Nurses Association, Society of General Internal Medicine (AHA/ ACC/ AANP/ AAPA/ABC/ACCP/ACPM/ AGS/ AMA/ ASPC/ NMA/PCNA/SGIM 2025), European Society of Cardiology i European Atherosclerosis Society (ESC/EAS 2025), Hypertension Canada (HP 2025), Royal Australian College of General Practitioners (RACGP 2025), European Society of Cardiology (ESC 2024/2021), National Institute for Health and Care Excellence (NICE 2023a/b), U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF 2023, 2022a/b, 2021, 2020a/b) oraz Canadian Cardiovascular Harmonized National Guideline Endeavour (C-CHANGE 2022). Ponadto ujęto także wytyczne z poprzedniej rekomendacji wydane przez Scottish Intercollegiate Guidelines Network (2017).

Podsumowanie najważniejszych informacji z rekomendacji włączonych do analizy:

Edukacja zdrowotna/poradnictwo

Osoby bez rozpoznanych chorób układu krążenia

- Zaleca się, aby klinicyści indywidualnie decydowali o tym, czy oferować lub kierować osoby dorosłe bez czynników ryzyka ChUK na interwencje z zakresu poradnictwa behawioralnego, promujące zdrową dietę i aktywność fizyczną. Podkreśla się, że brakuje wystarczających dowodów bezpośrednich na to, że tego typu interwencje poprawiają stan zdrowia w zakresie ChUK i powiązanych z nimi wyników zdrowotnych. Jednocześnie wskazuje się na następujące zalecenia szczegółowe:
 - formy realizacji interwencji:
 - zajęcia indywidualnie, grupowe lub w obu tych formach,
 - uzupełnienie poradnictwa kontaktem telefonicznym lub mailowym,
 - interwencje realizowane w formie zdalnej – przekazywanie materiałów informacyjnych, rozmowy telefoniczne i działania oparte na technologii;
 - techniki zmiany zachowań:
 - wyznaczanie celów,
 - rozwiązywanie problemów,
 - samokontrolę,
 - wywiad motywujący,
 - stosowanie modelu „5A” – ocena (ang. *assess*), doradztwo (ang. *advise*), uzgodnienie (ang. *agree*), wspomaganie (ang. *assist*) i organizacja (ang. *arrange*);
 - personel prowadzący poradnictwo behawioralne – lekarze, pielęgniarki, dietetycy, specjaliści ds. żywienia/aktywności fizycznej, fizjoterapeuci, doradcy posiadający tytuł magistra lub doktora przeszkoleni w metodach behawioralnych (np. psychologowie), trenerzy i pracownicy ochrony zdrowia;
 - czas interakcji lekarza z pacjentem – od 30 minut do 6 godzin ≥ 6 miesięcy (USPSTF 2022a).
- Wśród osób bez stwierdzonej choroby układu krążenia, zaleca się następujące elementy prowadzenia komunikacji z pacjentem:

- zaplanowanie odpowiedniej ilości czasu podczas konsultacji, aby udzielić informacji na temat oceny ryzyka i odpowiedzieć na wszelkie pytania;
- udokumentowanie konsultacji dotyczącej oceny ryzyka i decyzji danej osoby;
- przedstawienie pacjentom informacji o ich bezwzględny ryzyku chorób układu krążenia oraz o bezwzględnych korzyściach i szkodach wynikających z każdej interwencji w okresie 10 lat;
- zachęcenie pacjenta do udziału w działaniach mających na celu redukcję ryzyka poprzez:
 - weryfikację, posiadanych przez niego informacji na temat ryzyka chorób układu krążenia i związanych z nimi odczuć,
 - poznanie przekonań na temat czynników determinujących przyszły stan zdrowia (może to wpłynąć na stosunek pacjenta do zmieniającego się ryzyka),
 - ocenę gotowości do zmiany stylu życia (dieta, aktywność fizyczna, palenie tytoniu i spożywanie alkoholu), poddania się badaniom i przyjmowania leków przez dłuższy czas,
 - ocenę pewności siebie w zakresie zmiany stylu życia, poddania się badaniom i przyjmowania leków,
 - poinformowanie o potencjalnych opcjach leczenia w oparciu o aktualne dowody naukowe i najlepsze praktyki,
 - zaangażowanie pacjenta w opracowanie wspólnego planu leczenia,
 - weryfikację stopnia zrozumienia przez pacjenta omówionych kwestii (NICE 2023b).

Osoby z grup ryzyka/z chorobami układu krążenia

- Porady edukacyjne realizowane w ramach POZ u pacjentów kardiologicznych (w ścieżce kardiologicznej) powinny odbywać się w ramach 6 wizyt obejmujących edukację oraz ocenę stanu zdrowia pacjenta (pierwsza wizyta: 30-40 minut, kolejne 15-20 minut). Wytyczne precyzują następujący zakres tematyczny ww. wizyt:
 - omówienie istoty choroby i związanych z nią wyzwań w codziennym funkcjonowaniu;
 - omówienie tematów wynikających z potrzeb edukacyjnych tj.: nawyki żywieniowe, zdrowy styl życia, palenie tytoniu, spożycie alkoholu, funkcjonalność psychospołeczna, ograniczenie stresu, jakość snu;
 - omówienie zasad samokontroli, samoopieki, w tym prowadzenia dzienniczka samokontroli/pomiarów;
 - omówienie znaczenia stałego i systematycznego przyjmowania zaleconych przez lekarza leków oraz ryzyka związanego z nieprzestrzeganiem zaleceń (na podstawie IPOM);
 - omówienie roli aktywności fizycznej oraz indywidualizacja zaleceń;
 - omówienie szczepień zalecanych;
 - nauka pomiaru istotnych parametrów stanu zdrowia:
 - ciśnienia tętniczego, tętna z oceną częstotliwości i miarowości (instruktaż),
 - samokontrola obręzków (ocena przyrostu masy ciała, obwodu talii),
 - prowadzenie bilansu płynów;
 - omówienie zasad pielęgnacji stóp;
 - omówienie rozpoznawania stanów niepokojących lub/i objawów bezpośredniego zagrożenia życia oraz postępowania w sytuacjach alarmowych: duszność, bóle dławicowe, zawał serca, nagły wzrost lub spadek ciśnienia tętniczego, obserwacja obręzków kończyn dolnych, nagły wzrost lub spadek glikemii (jeśli dotyczy);
 - zasady przygotowania do zabiegu chirurgicznego (jeśli jest planowany);
 - przygotowanie członków rodziny/opiekuna pacjenta do sprawowania opieki nieprofesjonalnej nad chorym w warunkach domowych (w przypadku chorych wymagających takiego wsparcia) (PTMR 2024).

- W odniesieniu do osób dorosłych z czynnikami ryzyka ChUK (ze stwierdzonym nadciśnieniem tętniczym lub podwyższonym ciśnieniem krwi, dyslipidemią oraz osób z zespołem metabolicznym lub szacowanym 10-letnim ryzykiem chorób układu krążenia wynoszącym $\geq 7,5\%$) zaleca się oferowanie lub kierowanie na interwencje w zakresie poradnictwa behawioralnego w celu promowania zdrowych nawyków żywieniowych i aktywności fizycznej oraz wskazuje się na następujące zalecenia szczegółowe:
 - formy realizacji interwencji:
 - sesje face-to-face, uwzględniające bądź nie dodatkowo kontakt telefoniczny, internetowy lub za pośrednictwem innych technologii,
 - sesje grupowe obejmujące dodatkowe spotkania indywidualne dla każdego,
 - zaangażowanie członków rodzinnych;
 - techniki zmiany zachowań:
 - wyznaczanie celów,
 - samoobserwacja i samookontrola,
 - radzenie sobie z barierami związanymi z wdrożeniem prawidłowych nawyków żywieniowych, aktywności fizycznej oraz zmniejszeniem masy ciała;
 - personel – pielęgniarki, dietetycy, specjaliści ds. żywienia/aktywności fizycznej, fizjoterapeuci, doradcy posiadający tytuł magistra lub doktora przeszkoleni w metodach behawioralnych (np. psychologowie), lekarze i personel POZ, którym zapewniono krótkie szkolenie (trwające 60-90 minut)
 - częstotliwość prowadzenia interwencji (średnio 12 spotkań, przy szacowanym czasie trwania kontaktu wynoszącym 6 godzin w ciągu 12 miesięcy) (USPSTF 2020a).

Modyfikacja stylu życia

- Zarówno polskie, jak i zagraniczne towarzystwa naukowe podkreślają potrzebę realizacji interwencji niefarmakologicznych, ukierunkowanych na modyfikację stylu życia – w odniesieniu do profilaktyki ChUK (RACGP 2025, NICE 2023b, C-CHANGE 2022, ESC 2021, USPSTF 2020a), nadciśnienia tętniczego (PTNT/PTK 2024, AHA/ACC/AANP/AAPA/ABC/ACCP/ACPM/AGS/AMA/ASPC/NMA/PCNA/SGIM 2025, HP 2025, ESC 2024, NICE 2023a) oraz zaburzeń lipidowych (PTL/KLRWP/PTK/PTDL/PTD/PTNT 2021, ESC/EAS 2025, SIGN 2017). Wśród interwencji w zakresie modyfikacji stylu życia w wytycznych wskazuje się:
 - podejmowanie aktywności fizycznej;
 - modyfikację diety;
 - ograniczenie spożywania alkoholu;
 - zaprzestanie palenia tytoniu i używania wyrobów nikotynowych;
 - zmniejszenie poziomu stresu;
 - redukcję masy ciała (w przypadku osób z nadwagą bądź otyłością);
 - prawidłową higienę snu (obejmującą jego regularność i czas trwania 7-8 h).

Aktywność fizyczna

- W odnalezionych rekomendacjach wskazuje się następujące rodzaje, intensywność i czas trwania aktywności fizycznej:
 - aerobowy wysiłek fizyczny przez ≥ 150 min/tydzień o umiarkowanej intensywności lub ≥ 75 min/tydzień o dużej intensywności (PTNT/PTK 2024, ESC 2024);
 - ustrukturyzowany program ćwiczeń obejmujący ćwiczenia aerobowe i/lub trening siłowy (AHA/ACC/AANP/AAPA/ABC/ACCP/ACPM/AGS/AMA/ASPC/NMA/PCNA/SGIM 2025);
 - regularny wysiłek fizyczny o umiarkowanej intensywności (najlepiej codziennie nie mniej niż 30 minut) – od 3,5 do 7 godzin tygodniowo (PTL/KLRWP/PTK/PTDL/PTD/PTNT 2021);

- aktywność umiarkowana do intensywniej przez 30-60 minut w większość dni tygodnia (C-CHANGE 2022);
- 90-180 minut tygodniowo aktywności fizycznej o umiarkowanej lub wysokiej intensywności (USPSTF 2020a);
- dynamiczny lub izometryczny trening siłowy o umiarkowanej intensywności (2-3 razy/tydzień) (PTNT/PTK 2024);
- poza aktywnością aerobową – ćwiczenia oporowe co najmniej dwa dni w tygodniu (ESC 2021).
- W jednej z rekomendacji wskazano również na zasadność zastosowania praktycznych narzędzi wspomagających aktywność fizyczną (tj. krokomierze, smartwatche lub telefony, tabele czasu, dystansu, rodzaju aktywności i równoważności kalorycznej) może pomóc w poprawie przestrzegania zaleceń (C-CHANGE 2022).

Modyfikacja diety

- W odniesieniu do zmiany zachowań żywieniowych, w wytycznych zaleca się spożywanie następujących grup produktów:
 - warzywa i owoce (RACGP 2025, PTNT/PTK 2024, C-CHANGE 2022, ESC 2021), w tym:
 - ≥ 200 g owoców na dzień ($\geq 2-3$ porcje) (ESC 2021, PTL/KLRWP/PTK/PTDL/PTD/PTNT 2021),
 - ≥ 200 g warzyw na dzień ($\geq 2-3$ porcje) (ESC 2021, PTL/KLRWP/PTK/PTDL/PTD/PTNT 2021);
 - produkty pełnoziarniste (RACGP 2025, C-CHANGE 2022, ESC 2021, PTL/KLRWP/PTK/PTDL/PTD/PTNT 2021), w tym:
 - 30-45 g błonnika na dzień, optymalnie z produktów pełnoziarnistych (ESC 2021),
 - 25-40 g błonnika, z czego $\geq 7-13$ g stanowi błonnik rozpuszczalny (PTL/KLRWP/PTK/PTDL/PTD/PTNT 2021);
 - produkty bogate w białko, pochodzące ze źródeł zwierzęcych i/lub roślinnych (RACGP 2025, C-CHANGE 2022, ESC 2021);
 - niskotłuszczowe produkty mleczne (PTNT/PTK 2024, PTL/KLRWP/PTK/PTDL/PTD/PTNT 2021), mleko, jogurt i ser bez dodatków smakowych (RACGP 2025);
 - produkty zawierające zdrowe tłuszcze i oleje (np. oliwa z oliwek, orzechy i nasiona oraz ryby) (RACGP 2025, PTNT/PTK 2024, NICE 2023b, ESC 2021) w tym:
 - spożywanie ryb (w szczególności tłustych) 1-2 razy/tydzień (ESC 2021, PTL/KLRWP/PTK/PTDL/PTD/PTNT 2021),
 - 30 g niesolonych orzechów na dzień (ESC 2021);
 - wybór wody jako podstawowego napoju (C-CHANGE 2022).
- Towarzystwa naukowe zalecają również ograniczenie spożycia:
 - tłuszczów nasyconych i tłuszczów trans (RACGP 2025, NICE 2023b, C-CHANGE 2022, ESC 2021, PTL/KLRWP/PTK/PTDL/PTD/PTNT 2021), w tym:
 - spożycie nasyconych kwasów tłuszczowych $<10\%$ dostarczanej energii, a u osób z hipercholesterolemią $<7\%$; nienasycone kwasy tłuszczowe typu trans pochodzenia naturalnego powinny dostarczać $<1\%$ spożywanych kalorii; nie należy spożywać nienasyconych kwasów tłuszczowych typu trans pochodzenia przemysłowego (PTL/KLRWP/PTK/PTDL/PTD/PTNT 2021),
 - osoby z grupy wysokiego ryzyka chorób układu krążenia lub z chorobami układu krążenia – całkowite spożycie tłuszczu 30% lub mniej całkowitego spożycia energii; tłuszcze nasycone – 7% lub mniej całkowitego spożycia energii; w miarę możliwości tłuszcze nasycone zastępowane tłuszczami jednonienasyconymi i wielonienasyconymi (NICE 2023b);

- cukrów prostych (w szczególności pochodzących ze słodczy i słodzonych napojów) (ESC 2024, PTNT/PTK 2024, C-CHANGE 2022, ESC 2021, PTL/KLRWP/PTK/PTDL/PTD/PTNT 2021, USPSTF 2020a), w tym:
 - u pacjentów z wysokim poziomem trójglicerydów, spożycie cukru nie powinno przekraczać 10% całkowitej wartości energetycznej pożywienia (nie dotyczy to cukrów zawartych w naturalnych produktach, takich jak owoce i produkty mleczne) (ESC 2024, PTL/KLRWP/PTK/PTDL/PTD/PTNT 2021);
- czerwonego mięsa (PTNT/PTK 2024, ESC 2021), w tym:
 - maksimum 350-500 g na tydzień (ESC 2021).
- W licznych wytycznych zwraca się również uwagę na konieczność ograniczenia spożycia sodu w diecie w celu obniżenia ciśnienia tętniczego (RACGP 2025, ESC 2024, PTNT/PTK 2024, NICE 2023a) poprzez:
 - spożywanie do ok. 2 000 mg sodu/5 g soli dziennie (PTNT/PTK 2024, C-CHANGE 2022);
 - rozważenie zwiększenia podaży potasu w diecie (z wyjątkiem m.in. pacjentów z zaawansowaną chorobą nerek) poprzez zwiększenie spożycia warzyw i owoców i/lub stosowanie zamienników soli opartych na chlorku potasu (ESC 2024, PTNT/PTK 2024, NICE 2023a) o 0,5-1,0 g/dobę (u pacjentów z nadciśnieniem) (ESC 2024).
- Wśród zalecanych wzorców żywieniowych wytyczne zalecają stosowanie:
 - diety śródziemnomorskiej (PTNT/PTK 2024, ESC 2021, USPSTF 2020a);
 - diety DASH (ang. Dietary Approaches to Stop Hypertension) (AHA/ACC/AANP/AAPA/ABC/ACCP/ACPM/AGS/AMA/ASPC/NMA/PCNA/SGIM 2025, PTNT/PTK 2024, USPSTF 2020a).

Ograniczenie spożywania alkoholu

- W odniesieniu do spożywania alkoholu w kontekście chorób układu krążenia, w wytycznych wskazuje się na potrzebę:
 - ograniczenia spożywania alkoholu (AHA/ACC/AANP/AAPA/ABC/ACCP/ACPM/AGS/AMA/ASPC/NMA/PCNA/SGIM 2025, RACGP 2025, PTNT/PTK 2024, NICE 2023a, C-CHANGE 2022, ESC 2021):
 - do maksimum 100 g/tydzień (ESC 2021, PTNT/PTK 2024),
 - do 1 drinka dziennie w przypadku kobiet lub 2 drinków dziennie w odniesieniu do mężczyzn (AHA/ACC/AANP/AAPA/ABC/ACCP/ACPM/AGS/AMA/ASPC/NMA/PCNA/SGIM 2025),
 - do maksymalnie 2 drinków dziennie (C-CHANGE 2022);
 - całkowitej rezygnacji ze spożywania alkoholu (AHA/ACC/AANP/AAPA/ABC/ACCP/ACPM/AGS/AMA/ASPC/NMA/PCNA/SGIM 2025, PTL/KLRWP/PTK/PTDL/PTD/PTNT 2021);
 - unikania upijania się (PTNT/PTK 2024).
- W polskich wytycznych zwrócono uwagę na fakt, iż nie istnieje udowodniona bezpieczna ilość alkoholu dla ogółu populacji. Podkreślono również, że wyniki badań wykazują silny liniowy związek między spożyciem alkoholu a wyższym poziomem ciśnienia tętniczego, jednocześnie sugerując, że niewielkie spożycie może się wiązać z niższym ryzykiem sercowo-naczyniowym niż całkowita abstynencja. Jednakże potencjalne korzyści kardioprotekcyjne mogą wynikać z ogólnie zdrowszego stylu życia osób pijących umiarkowanie (PTNT/PTK 2024).

Zaprzestanie palenia tytoniu

- Wytyczne są zgodne co do konieczności wyraźnego zalecania pacjentom rezygnacji z palenia tytoniu i używania wyrobów nikotynowych (RACGP 2025, PTNT/PTK 2024, C-CHANGE 2022, ESC 2021), a także wskazują na zasadność oferowania wsparcia w zakresie rzucania nałogu w formie poradnictwa (RACGP 2025, NICE 2023a, C-CHANGE 2022, ESC 2021), w razie konieczności w połączeniu z leczeniem farmakologicznym (RACGP 2025, C-CHANGE 2022, ESC 2021).

Zmniejszenie poziomu stresu

- Część wytycznych zwraca również uwagę na rolę stresu w zwiększaniu ciśnienia tętniczego, a co za tym idzie – ryzyka chorób sercowo-naczyniowych. W ramach interwencji mających na celu jego redukcję, wytyczne wskazują na:
 - ćwiczenia oddechowe (AHA/ACC/AANP/AAPA/ABC/ACCP/ACPM/AGS/AMA/ASPC/NMA/PCNA/ SGIM 2025, PTNT/PTK 2024),
 - medytację (AHA/ACC/AANP/AAPA/ABC/ACCP/ACPM/AGS/AMA/ASPC/NMA/PCNA/ SGIM 2025, PTNT/PTK 2024),
 - jogę (AHA/ACC/AANP/AAPA/ABC/ACCP/ACPM/AGS/AMA/ASPC/NMA/PCNA/SGIM 2025),
 - ćwiczenia uważności (PTNT/PTK 2024).

3. Dowody naukowe

W ramach aktualizacji odnaleziono i włączono 27 metaanaliz (Azami-Aghdash 2025, Jiang 2025, Pimenta 2025, Smart 2025, Xi 2025, Yamada 2025, Bakhit 2024, Cecchini 2024, Hosseini 2024, Kariuki 2024, Hassen 2023, Hu 2023, Isath 2023, Pant 2023, Bergwall 2022, Feng 2022, Filippini 2022, Massara 2022, Patnode 2022, Slater 2022, Bergum 2021, Chang 2021, Hassen 2021, Lee 2021, McMahon 2021, Niu 2021, Soltani 2021), 1 przegląd systematyczny (Mistry 2022) oraz 2 przeglądy parasolowe (Rahmati 2025, Landry 2024).

Poniżej przedstawiono kluczowe wnioski z analizy dowodów naukowych dla populacji spójnej z niniejszą rekomendacją – dalsze szczegóły znajdują się w Raporcie Analitycznym Agencji.

3.1 Wnioski z analizy dowodów naukowych

Aktywność fizyczna

- Wykonywanie ćwiczeń aerobowych, oporowych bądź mieszanych, może prowadzić do istotnego statystycznie:
 - obniżenia poziomu:
 - cholesterolu całkowitego – MD=-5,90 mg/dL [95%CI: (-8,14; -3,65)];
 - trójglicerydów – MD=-8,01 mg/dL [95%CI: (-10,45; -5,58)];
 - cholesterolu LDL – MD=-7,22 mg/dL [95%CI: (-9,08; -5,35)];
 - cholesterolu frakcji lipoprotein o bardzo małej gęstości (VLDL) – MD=-3,85 mg/dL [95%CI: (-5,49; -2,22)];
 - zwiększenia poziomu cholesterolu HDL – MD=2,11 mg/dL [95%CI: (1,43; 2,79)] (Smart 2025).
- Wykonywanie jakiegokolwiek aktywności fizycznej prowadzi do istotnej statystycznie redukcji ryzyka zgonu z powodu ChUK o 28% – HR=0,72 [95%CI: (0,63; 0,82)] (Rahmati 2025).
- Ćwiczenia oporowe lub ćwiczenia aerobowe w połączeniu z ćwiczeniami oporowymi, mają istotny statystycznie wpływ na obniżenie ryzyka zgonu z powodu ChUK, odpowiednio o 18% i 48% – HR=0,82 [95%CI: (0,81; 0,84)] oraz HR=0,52 [95%CI: (0,41; 0,66)] (Rahmati 2025).
- Siedzący tryb życia istotnie statystycznie zwiększa ryzyko zgonu z powodu ChUK o 54% – HR=1,54 [95%CI: (1,08; 2,18)] (Rahmati 2025).
- Chodzenie na spacer w ramach aktywności fizycznej może prowadzić do istotnego statystycznie obniżenia:
 - skurczowego ciśnienia krwi o 4,11 mmHg – MD=-4,11 [95%CI: (-5,22; -3,01)];
 - rozkurczowego ciśnienia krwi o 1,79 mmHg – MD=-1,79 [95%CI: (-2,51; -1,07)];
 - tętna o 2,76 uderzeń/min – MD=-2,76 [95%CI: (-4,57; -0,95)] (Lee 2021).

Dieta

- Stosowanie wzorców żywieniowych wykazujących właściwości przeciwzapalne, w porównaniu do diety o właściwościach pro-zapalnych, wpływa na istotną statystycznie redukcję w zakresie:
 - ciśnienia krwi – zarówno skurczowego – MD=-3,99 [95%CI: (-6,01; -1,97)], jak i rozkurczowego – MD=-1,88 [95%CI: (-2,76; -0,88)];
 - poziomu cholesterolu całkowitego – SMD=-0,31 [95%CI: (-0,43; -0,18)];
 - poziomu LDC-C – SMD=-0,23 [95%CI: (-0,39; -0,07)].
- Istotnych statystycznie różnic między grupą interwencyjną a grupą kontrolną nie odnotowano natomiast w odniesieniu do poziomu trójglicerydów i HDL-C.
- W przypadku wyodrębnienia jedynie RCT realizowanych wśród zdrowych uczestników, stwierdzono istotną statystycznie redukcję na korzyść grupy interwencyjnej w odniesieniu do ciśnienia krwi (skurczowe – MD=-2,02 [95%CI: (-3,39; -0,66)]; rozkurczowe – MD=-1,58 [95%CI: (-2,88; -0,27)]) oraz poziomu LDL-C (SMD=-0,36 [95%CI: (-0,62; -0,09)]). W przypadku poziomu trójglicerydów i HDL-C różnice między grupami nie były statystycznie istotne (Jiang 2025).

- Nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic w zakresie szans wystąpienia zgonu z powodu ChUK oraz z ogółu przyczyn u osób dorosłych między grupą stosującą dietę zakładającą ograniczenie spożycia nasyconych kwasów tłuszczowych a grupą, w której spożycie kwasów tłuszczowych było wyższe (Yamada 2025).
- W populacji dorosłych, zdrowych osób, dieta wegetariańska, w porównaniu z dietą tradycyjną (uwzględniającą mięso), wpływa istotnie statystycznie na zmniejszenie ryzyka:
 - wystąpienia ChUK o 15% – RR=0,85 [95%CI: (0,79; 0,92)];
 - wystąpienia choroby wieńcowej o 21% – RR=0,79 [95%CI: (0,71; 0,88)];
 - zgonu z powodu ChUK o 8% – HR=0,92 [95%CI: (0,85; 0,99)];
 - zgonu z powodu choroby wieńcowej o 24% – HR=0,76 [95%CI: (0,68; 0,85)] (Landry 2024).
- Dieta wegańska, w porównaniu do diety tradycyjnej (uwzględniającej mięso), nie wpływa istotnie statystycznie na ryzyko wystąpienia ChUK i choroby wieńcowej oraz zgonu z powodu tych chorób (Landry 2024).
- Wykazano, że w przypadku osób dorosłych, wysokie spożycie produktów pełnoziarnistych, w porównaniu z niskim spożyciem, wiązało się z istotnym statystycznie zmniejszeniem ryzyka:
 - wystąpienia choroby wieńcowej o 18% – RR= 0,82 [95%CI: (0,76; 0,89)],
 - wystąpienia ChUK o 15% – RR=0,85 [95%CI: (0,80; 0,91)];
 - zgonu z ogółu przyczyn o 17% – RR=0,83 [95%CI: (0,78; 0,89)] (Hu 2023).
- U osób dorosłych bez stwierdzonych chorób układu krążenia, wyższy poziom przestrzegania zasad diety śródziemnomorskiej w porównaniu z niższym poziomem, wpływa istotnie statystycznie na zmniejszenie ryzyka:
 - wystąpienia ChUK:
 - o 24% u kobiet – HR=0,76 [95%CI: (0,72; 0,81)];
 - o 22% u mężczyzn – HR=0,78 [95%CI: (0,72; 0,83)];
 - zgonu z ogółu przyczyn o 23% zarówno u kobiet (HR=0,77 [95%CI: (0,74; 0,80)]), jak i u mężczyzn (HR=0,77 [95%CI: (0,75; 0,79)]) (Pant 2023).
- Wysokie spożycie cukrów w populacji ogólnej, w porównaniu do niskiego spożycia, wpływa na istotne statystycznie zwiększenie:
 - ciśnienia krwi – zarówno skurczowego (MD=1,44 [95%CI: (0,08; 2,80)]), jak i rozkurczowego (MD=1,52 [95%CI: (0,67; 2,37)]),
 - poziomu cholesterolu całkowitego – MD=0,11 [95%CI: (0,01; 0,21)],
 - poziomu trójglicerydów – MD=0,10 [95%CI: (0,03; 0,17)].

W odniesieniu do osób zdrowych, stwierdzono istotne statystycznie zwiększenie rozkurczowego ciśnienia krwi (MD=1,29 [95%CI: (0,07; 2,51)]) oraz poziomu trójglicerydów (MD=0,15 [95%CI: (0,02; 0,27)]), a także brak istotnych statystycznie różnic w zakresie skurczowego ciśnienia krwi, poziomu cholesterolu całkowitego i poziomu LDL i HDL. Natomiast w badaniach obejmujących jedynie osoby z grup wysokiego ryzyka nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic w odniesieniu do żadnego z ww. parametrów (Bergwall 2022).
- Zwiększenie spożycia produktów mlecznych o 200 g/dzień u osób dorosłych z populacji ogólnej skutkowało istotną statystycznie redukcją ryzyka wystąpienia nadciśnienia o 5% – RR=0,95 [95%CI: (0,93; 0,97)] (Feng 2022).
- U osób z cukrzycą, bez stwierdzonej ChUK, wyższy poziom przestrzegania zasad diety nordyckiej, w porównaniu z niższym poziomem, istotnie statystycznie zmniejsza ryzyko:
 - wystąpienia ChUK o 7% – RR=0,93 [95%CI: (0,88; 0,99)];
 - zgonu z powodu ChUK o 19% – RR=0,81 [95%CI: (0,73; 0,90)] (Massara 2022).

Działania edukacyjno-informacyjne oraz modyfikacja stylu życia

- Realizacja interwencji ukierunkowanych na modyfikację stylu życia przez lokalne społeczności działające na rzecz zapobiegania i minimalizacji czynników ryzyka wystąpienia nadciśnienia tętniczego, może istotnie statystycznie wpłynąć na obniżenie ciśnienia:
 - skurczowego krwi o 8,26 mmHg – MD=-8,26 [95%CI: (-15,81; -0,72)];
 - rozkurczowego krwi o 0,44 mmHg – MD=-0,44 [95%CI: (-1,01; -0,13)].
 - Większość badań (35 z 40) obejmowała populację pacjentów z nadciśnieniem tętniczym.
 - Interwencje dotyczyły modyfikacji stylu życia i obejmowały komponent edukacyjny i/lub aktywności fizycznej i/lub modyfikacji diety.
 - Interwencje były w większości realizowane w ośrodkach opieki zdrowotnej oraz w społecznościach.
 - Najczęściej interwencje prowadzone były raz w tygodniu, przez 9 do 24 tygodni (Azami-Aghdash 2025).
- W porównaniu do braku interwencji, multikomponentowe działania informacyjno-edukacyjne (obejmujące rozpowszechnianie drukowanych materiałów edukacyjnych, poradnictwo ukierunkowane na zmianę stylu życia, zachęcanie do aktywności fizycznej oraz monitorowanie przebiegu wdrażanych zaleceń) mają istotny statystycznie wpływ na:
 - zwiększenie szansy na prawidłowe postrzeganie ryzyka względem obiektywnego ryzyka ocenionego przez personel medyczny – OR=2,89 [95%CI: (1,28; 6,50)];
 - zmniejszenie poziomu konfliktu decyzyjnego średnio o 5,50 pkt w ramach narzędzia DCS (ang. decisional conflict score) – MD=-5,50 [95%CI: (-8,58; -2,42)] (Bakhit 2024).
- Realizacja interwencji ukierunkowanych na profilaktykę ChUK przez lokalne społeczności mogą istotnie statystycznie wpłynąć na:
 - zmniejszenie ilości dostarczanej energii z pożywieniem – MD=-0,25 MJ/dzień [95%CI: (-0,37; -0,14)];
 - zwiększenie ilości spożywanego błonnika – MD=1,08 g/dzień [95%CI: (0,39; 1,77)];
 - wykonywanie rekomendowanego poziomu aktywności fizycznej zarówno w perspektywie 12 miesięcy, jak i 18-24 miesięcy po zakończeniu interwencji, odpowiednio – OR=1,62 [95%CI: (1,25; 2,11)] oraz OR=1,46 [95%CI: (1,12; 1,91)];
 - zmniejszenie czasu spędzanego w pozycji siedzącej w perspektywie 12 miesięcy – SMD=-0,25 [95%CI: (-0,34; -0,17)].
 - Interwencje obejmowały działania edukacyjne ukierunkowane na zwiększenie wiedzy (w ramach seminariów, lekcji i warsztatów szkoleniowych), konsultacje bezpośrednie lub za pomocą technologii cyfrowych, rozmowy motywacyjne oraz przekazywanie materiałów edukacyjnych (Hassen 2022/2021).
- W porównaniu do braku interwencji lub interwencji nie zawierającej komponentu psychologicznego, interwencje z zakresu poradnictwa behawioralnego prowadzone u osób bez znanych czynników ryzyka ChUK prowadzą do istotnego statystycznie:
 - obniżenia:
 - ciśnienia skurczowego krwi – MD=-0,80 mmHg [95%CI: (-1,30; -0,31)];
 - ciśnienia rozkurczowego krwi – MD=-0,42 mmHg [95%CI: (-0,80; -0,04)];
 - cholesterolu LDL – MD=-2,20 mg/dL [95%CI: (-3,80; -0,60)];
 - BMI – MD=-0,32 kg/m² [95%CI: (-0,51; -0,13)];
 - masy ciała – MD=-1,07 kg [95%CI: (-1,62; -0,52)];
 - obwodu talii – MD=-0,81 cm [95%CI: (-1,32; -0,30)];
 - spożycia tłuszczów nasyconych – SMD=-0,53 [95%CI: (-0,78; -0,27)];

- zwiększenia:
 - czasu trwania wykonywania aktywności fizycznej średnio o 33,0 min/tydzień – MD=0,33 [95%CI: (21,9; 44,2)];
 - szansę na wykonywanie aktywności fizycznej zgodnej z rekomendacjami – OR=1,41 [95%CI: (1,18; 1,67)];
 - spożycia warzyw i owoców – SMD=1,11 [95%CI: (0,41; 1,81)].
- Wyniki w odniesieniu do skuteczności ww. działań były istotnie statystycznie w przypadku, gdy interwencja prowadzona była ≥ 6 h przez co najmniej 6 miesięcy.
- Do udziału w interwencji behawioralnej rekrutowano osoby w placówkach podstawowej opieki zdrowotnej, w społecznościach oraz bezpośrednio przez kontakt mailowy (lub w ramach połączenia ww. form) (Patnode 2022).
- Wykazano, że działania edukacyjno-informacyjne z wykorzystaniem technologii cyfrowych, mają istotny statycznie wpływ na obniżenie:
 - wskaźnika masy ciała (BMI, ang. body mass index) – MD=-0,64 kg/m² [95%CI: (-1,09; -0,18)];
 - masy ciała – MD=-2,27 kg [95%CI: (-3,64; -0,90)];
 - obwodu talii – MD=-2,46 cm [95%CI: (-4,56; -0,36)] (McMahon 2021).
- W porównaniu do braku interwencji, programy ukierunkowane na profilaktykę chorób układu krążenia, realizowane w lokalnych społecznościach, mogą istotnie statystycznie wpłynąć na zmniejszenie czynników ryzyka w populacji osób bez znanych ChUK w zakresie następujących parametrów:
 - ciśnienie skurczowe krwi – WMD=-2,90 mmHg [95%CI: (-3,63; -2,16)];
 - ciśnienie rozkurczowe krwi – WMD=-2,21 mmHg [95%CI: (-3,12; -1,29)];
 - cholesterol LDL – WMD=-8,71 mg/dL [95%CI: (-12,50 -4,92)];
 - poziom trójglicerydów – WMD=-8,40 mg/dL [95%CI: (-12,10 -4,70)];
 - cholesterol całkowity – WMD=-2,96 mg/dL [95%CI: (-3,10 -2,81)];
 - poziom glukozy we krwi na czczo – WMD=-2,06 mg/dL [95%CI: (-3,02 -1,10)];
 - masa ciała – WMD=-1,00 kg [95%CI: (-1,54 -0,47)];
 - BMI – WMD=-0,33 kg/m² [95%CI: (-0,46; -0,19)];
 - obwód talii – WMD=-1,68 cm [95%CI: (-2,56; -0,80)] (Soltani 2021).

4. Opcjonalne technologie medyczne i stan ich finansowania

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

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

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

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

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

Ponadto, w ramach świadczeń gwarantowanych z zakresu POZ realizowane są również świadczenia opieki koordynowanej m.in. w zakresie diagnostyki i leczenia nadciśnienia tętniczego, niewydolności serca, przewlekłej choroby niedokrwiennej serca oraz migotania przedsionków, obejmujące poradę kompleksową, badania diagnostyczne (EKG wysiłkowe, Holter EKG, Holter RR, USG Doppler tętnic szyjnych, USG Doppler naczyń kończyn dolnych, ECHO serca przezklatkowe, BNP (NT-pro-BNP), pomiar stężenia albumin w moczu, pomiar wskaźnika albumina/kreatynina w moczu), konsultacje specjalistyczne, porady edukacyjne oraz konsultacje dietetyczne.

Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz.U. 2016 poz. 357 z późn. zm.), świadczenia gwarantowane w ramach AOS obejmują realizację porad specjalistycznych: kardiologicznej, kardiologicznej dla dzieci oraz leczenia chorób naczyń, a także porady pielęgniarskiej z zakresu kardiologii. Ponadto, w wykazie świadczeń gwarantowanych w przypadku badań diagnostycznych ujętych jest szereg świadczeń mających zastosowanie w diagnostyce i monitorowaniu ChUK (m.in. cholesterol całkowity, HDL, LDL, Lp (a), EKG 12-odprowadzeniowa, Holter EKG, badania wysiłkowe, echokardiografia, TK tętnic wieńcowych, angiografia, RM serca).

W Polsce, w ramach świadczeń gwarantowanych realizowany jest również program lekowy „Leczenie pacjentów z zaburzeniami lipidowymi (ICD-10: E78.01, I21, I22, I25)”, w ramach którego leczenie przy użyciu innowacyjnych, kosztownych substancji czynnych (niefinansowanych w ramach innych świadczeń gwarantowanych) oferowane jest pacjentom z heterozygotyczną i homozygotyczną hipercholesterolemią rodzinną (dorosłym i pacjentom pediatrycznym), a także dorosłym pacjentom z bardzo wysokim i ekstremalnym ryzykiem chorób układu sercowo-naczyniowego, zgodnie ze ściśle określonymi kryteriami kwalifikacji.

Od grudnia 2022 r. w Polsce realizowany jest Narodowy Program Chorób Układu Krążenia na lata 2022-2032, stanowiący kompleksową strategię kardiologiczną, która koncentruje działania w 5 głównych

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

5. Rekomendowane i nierekomendowane technologie medyczne, działania przeprowadzane w ramach programów polityki zdrowotnej skierowane do określonej populacji docelowej oraz warunki realizacji programów polityki zdrowotnej, dotyczące danej choroby lub danego problemu zdrowotnego oraz wskaźniki służące do monitorowania i ewaluacji

Treści przedstawione w tej części rekomendacji zostały oparte o odnalezione dowody naukowe, wytyczne kliniczne, wnioski płynące z weryfikacji założeń zgromadzonych projektów programów zdrowotnych i programów polityki zdrowotnej z omawianego zakresu oraz opinie ekspertów. Rekomendowane przez Prezesa Agencji technologie medyczne/działania wraz z warunkami ich realizacji oraz sposobem monitorowania i ewaluacji zostały przygotowane z uwzględnieniem obowiązującego wzoru programu polityki zdrowotnej.

Opracowane modelowe rozwiązanie stanowi optymalne i uniwersalne rozwiązanie możliwe do wdrożenia przez jednostkę samorządu terytorialnego na dowolnym szczeblu. Niemniej jednak w celu dostosowania rozwiązań do potrzeb i możliwości jednostek samorządu terytorialnego, w poszczególnych elementach programu przedstawiono kilka wariantów rozwiązań lub ramy, w jakich poruszać się można przy realizacji programu. Ostateczny kształt programu polityki zdrowotnej powinien być ustalany przez decydentów planujących realizację programu.

Modelowe rozwiązanie zawiera elementy zgodne z art. 48a ust. 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2025 poz. 1461) oraz zostało przygotowane w oparciu o przepisy wydane na podstawie art. 48a ust. 16, tj. o rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2017 r. w sprawie wzoru programu polityki zdrowotnej, wzoru raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej oraz sposobu sporządzenia projektu programu polityki zdrowotnej i raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej (Dz.U. z 2017 r. poz. 2476).

5.1 Uzasadnienie wprowadzenia PPZ

5.1.1 Dane epidemiologiczne

Należy dokonać analizy potrzeb zdrowotnych w danym regionie, stopnia ich zaspokojenia oraz zidentyfikować obszary, w których zastosowanie określonych interwencji może przynieść największe efekty zdrowotne. Należy wziąć pod uwagę dostępne dane epidemiologiczne, które wskazywać będą na rozpowszechnienie problemu na określonym obszarze oraz przedstawią jego sytuację na tle kraju.

Projekt programu polityki zdrowotnej należy opracować na podstawie map potrzeb zdrowotnych i dostępnych danych epidemiologicznych.

5.1.2 Opis obecnego postępowania

Przy planowaniu i wdrażaniu PPZ należy każdorazowo zweryfikować aktualność opisu obecnego postępowania i wprowadzić ewentualne zmiany.

5.2 Cele PPZ i mierniki efektywności jego realizacji

Cel główny oraz cele szczegółowe należy uzupełnić o liczbowe wartości docelowe wskazane znakami „.....%” (procent) oraz „..... p.p.” (punkty procentowe). Stanowią one wyznacznik deklarowanej efektywności planowanych interwencji. Przyjmowane wartości docelowe będą uzależnione od wielu czynników, np. profilu populacji docelowej, wcześniej realizowanych działań na obszarze objętym PPZ, dotychczasowe doświadczenia przy realizacji podobnych działań. Tym samym niezbędne jest indywidualne dobieranie wartości docelowych do konkretnej sytuacji. W treści projektu należy zamieścić opis czynników, które zostały wzięte pod uwagę przy jej ustalaniu. Sugerowanym postępowaniem jest nawiązanie dialogu z przedstawicielami potencjalnych realizatorów tak, aby przyjęte cele zarówno świadczyły o skuteczności działań, jak i były możliwe do osiągnięcia.

5.2.1 Cel główny

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

* wyjaśnienie symbolu „.....%” znajduje się w ramce powyżej.

5.2.2 Cele szczegółowe

5.2.2.1 Zwiększenie w trakcie trwania programu poziomu aktywności fizycznej, wśród%* uczestników biorących udział w interwencji w ramach komponentu aktywności fizycznej.

5.2.2.2 Poprawa w trakcie trwania programu nieprawidłowych nawyków żywieniowych, wśród%* uczestników biorących udział w interwencji w ramach modyfikacji diety.

5.2.2.3 Ograniczenie bądź całkowite zaprzestanie używania wyrobów nikotynowych w trakcie trwania programu, wśród%* osób biorących udział w interwencji antyżywkowej**.

5.2.2.4 Podniesienie lub utrzymanie w trakcie trwania programu wysokiego poziomu wiedzy z zakresu zachowań prozdrowotnych i działań profilaktycznych w chorobach układu krążenia, wśród.....% dzieci i młodzieży uczestniczącej w programie.

* wyjaśnienie symbolu „.....%” znajduje się w ramce powyżej.

** dot. wyłącznie osób palących/używających wyrobów nikotynowych

5.2.3 Mierniki efektywności realizacji PPZ

Cel	Miernik
Główny	Odsetek uczestników programu, u których w post-teście utrzymano lub uzyskano wysoki poziom wiedzy* z zakresu zachowań prozdrowotnych, czynników ryzyka i działań profilaktycznych w chorobach układu krążenia, nadciśnieniu tętniczym i hipercholesterolemii, względem wszystkich uczestników działań edukacyjnych w ramach interwencji ukierunkowanej na modyfikację stylu życia, którzy wypełnili pre-test. <i>(Iloraz liczby osób z wysokim poziomem wiedzy w post-teście w stosunku do liczby wszystkich uczestników biorących udział w działaniach edukacyjnych. Wynik wyrażony w procentach)</i> * wysoki poziom wiedzy – ponad 75% pozytywnych odpowiedzi w przeprowadzonym teście wiedzy.
5.2.2.1.	Odsetek uczestników kompleksowej interwencji ukierunkowanej na modyfikację stylu życia, u których po zakończeniu interwencji w ramach komponentu aktywności fizycznej, odnotowano wzrost poziomu aktywności fizycznej (na podstawie zwalidowanego kwestionariusza poziomu aktywności fizycznej, np. IPAQ), w porównaniu do wyników uzyskanych podczas kwalifikacji do programu. <i>(Iloraz liczby osób, u których doszło do zwiększenia poziomu aktywności fizycznej, względem wszystkich osób biorących udział w interwencji w ramach komponentu aktywności fizycznej. Wynik wyrażony w procentach)</i>
5.2.2.2.	Odsetek uczestników kompleksowej interwencji ukierunkowanej na modyfikację stylu życia, u których po zakończeniu interwencji w ramach komponentu modyfikacji diety, odnotowano poprawę nawyków żywieniowych (na podstawie zwalidowanego kwestionariusza oceny nawyków żywieniowych, np. KomPAN®), w porównaniu do wyników uzyskanych podczas kwalifikacji do programu.

Cel	Miernik
	<i>(Iloraz liczby osób, u których doszło do poprawy nawyków żywieniowych, względem wszystkich osób biorących udział w interwencji w ramach komponentu modyfikacji diety. Wynik wyrażony w procentach)</i>
5.2.2.3.	Odsetek osób stosujących wyroby nikotynowe, u których doszło do ograniczenia lub całkowitego zaprzestania* stosowania tych wyrobów, w stosunku do wszystkich osób poddanych interwencji antyżywkowej**. <i>(Iloraz liczby osób, które zadeklarowały ograniczenie lub zaprzestanie stosowania wyrobów nikotynowych, względem wszystkich osób biorących udział w interwencji antyżywkowej)</i> * uzyskanie informacji o ograniczeniu/całkowitym zaprzestaniu stosowania wyrobów nikotynowych poprzez kontakt telefoniczny do każdego z uczestnika interwencji antyżywkowej (który wyraził zgodę) w okresie 2 miesięcy od zakończenia u nich interwencji. ** dotyczy osób palących/używających wyrobów nikotynowych.
5.2.2.4.	Odsetek uczestników edukacji zdrowotnej dzieci i młodzieży, u których w post-tescie utrzymano lub uzyskano wysoki poziom wiedzy* w zakresie zachowań prozdrowotnych i działań profilaktycznych w chorobach układu krążenia, względem wszystkich osób biorących udział w edukacji zdrowotnej dzieci i młodzieży, które wypełniły pre-test. <i>(Iloraz liczby osób w wieku szkolnym z wysokim poziomem wiedzy w post-tescie w stosunku do liczby wszystkich uczestników edukacji zdrowotnej dzieci i młodzieży. Wynik wyrażony w procentach)</i> * wysoki poziom wiedzy – ponad 75% pozytywnych odpowiedzi w przeprowadzonym teście wiedzy.

5.3 Charakterystyka populacji docelowej oraz interwencji

Istotne jest określenie liczebności populacji docelowej w danym rejonie oraz wskazanie jaki odsetek tej populacji jest możliwy do włączenia do PPZ przy posiadanych zasobach oraz przy zachowaniu równego dla wszystkich uczestników dostępu do działań oferowanych w ramach PPZ. Im większy odsetek populacji zostanie włączony do PPZ, tym większe są możliwości zaobserwowania efektów zdrowotnych we wskaźnikach epidemiologicznych.

Liczebność populacji docelowej powinna zostać oszacowana dla każdego z etapów PPZ. Niezbędne jest wskazanie na źródła danych (liczba uczestników w danej grupie wiekowej z podziałem na płeć np. w oparciu o dane z Głównego Urzędu Statystycznego) i wykorzystanych odniesień do literatury, opis przyjętych założeń oraz przedstawienie wykonanych obliczeń. Należy skupić się na przedstawieniu danych lokalnych, czyli dotyczących obszaru, na którym realizowany będzie program polityki zdrowotnej.

5.3.1 Populacja docelowa

- Kampania informacyjna skierowana jest do populacji ogólnej.
- Z uwagi na zróżnicowane potrzeby, zaleca się wydzielenie subpopulacji o spójnych potrzebach edukacyjnych i informacyjnych (np. grupy wiekowe). Forma oraz treść prowadzonych działań powinna być dostosowana do uczestników. Każda z subpopulacji powinna być zdefiniowana niezależnie, zaś działania skierowane do różnych subpopulacji mogą być prowadzone równolegle.
- Kompleksowa interwencja ukierunkowana na modyfikację stylu życia skierowana jest do osób dorosłych narażonych na ryzyko wystąpienia chorób układu krążenia.
- Edukacja zdrowotna dzieci i młodzieży skierowana jest do dzieci/młodzieży w wieku szkolnym.

5.3.2 Kryteria kwalifikacji do PPZ oraz kryteria wyłączenia z PPZ

UWAGA: Na etapie tworzenia projektu PPZ możliwe jest wprowadzenie dodatkowych kryteriów włączenia i wykluczenia tak, aby działaniami objąć grupę osób ze zdiagnozowaną największą niezaspokojoną potrzebę zdrowotną, a tym samym dążyć do maksymalizacji efektu zdrowotnego uzyskiwanego przy posiadanych zasobach. Każde dodatkowo wprowadzane kryterium powinno zostać wyczerpująco uzasadnione. Przy wprowadzaniu dodatkowych kryteriów należy pamiętać o zasadzie równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, a tym samym wszelkie wprowadzane kryteria powinny być oparte wyłącznie na przesłankach merytorycznych, np. danych epidemiologicznych przytaczanych z wiarygodnych źródeł. Możliwe jest jedynie zawężenie populacji względem tej, która została określona w treści niniejszej rekomendacji.

Z uwagi na możliwą zmienność poziomu dostępnych zasobów w kolejnych latach realizacji PPZ, sugerowanym jest opisanie w treści projektu PPZ postępowania pozwalającego na dostosowywanie kryteriów do możliwości jednostki (np. harmonogram aktualizowany w oparciu o dane pochodzące z monitorowania realizacji PPZ) zamiast deklarowania stosowania zawężenia kryteriów na określonym, stałym poziomie. Informacje dotyczące przebiegu programu powinny zostać zamieszczone w raporcie końcowym z realizacji PPZ.

Jako populację spełniającą kryteria udziału dla danej interwencji w PPZ należy rozumieć osoby spełniające łącznie wszystkie kryteria włączenia przy jednoczesnym braku obecności nawet jednego kryterium wyłączenia.

Etap PPZ	Kryteria włączenia	Kryteria wyłączenia
Kampania informacyjna	brak	brak
Kompleksowa interwencja ukierunkowana na modyfikację stylu życia	<u>Komponent edukacyjny:</u> - wiek ≥ 18 r.ż. <u>Pozostałe komponenty (aktywności fizycznej, modyfikacji diety, interwencji antyżywkowej)</u> - wiek ≥ 18 r.ż. oraz - narażenie na wystąpienie choroby układu krążenia i/lub hipercholesterolemii (potrzeba modyfikacji stylu życia, stwierdzona na podstawie odpowiedniego kwestionariusza)	<u>Komponent edukacyjny:</u> - wiek poniżej 18 r.ż. i/lub - uczestnictwo w działaniach edukacyjnych obejmujących tę samą tematykę w ciągu poprzednich 2 lat, np. w innych programach o zbliżonym zakresie <u>Pozostałe komponenty (aktywności fizycznej, modyfikacji diety, interwencji antyżywkowej)</u> - wiek poniżej 18 r.ż. i/lub - pozostawanie pod opieką poradni specjalistycznej, ze względu na zdiagnozowaną chorobę układu krążenia bądź hipercholesterolemię i/lub - wynik odpowiedniego kwestionariusza wskazujący na brak potrzeby modyfikacji stylu życia w danym zakresie i/lub - uczestnictwo w podobnej interwencji z zakresu modyfikacji stylu życia w ramach innych programów w ciągu poprzednich 2 lat
Edukacja zdrowotna dzieci i młodzieży	uczęszczanie do szkoły lub podstawowej ponadpodstawowej	brak zgody rodzica/opiekuna prawnego na udział w programie

Etap PPZ	Kryteria włączenia	Kryteria wyłączenia
	• zgoda rodzica/opiekuna prawnego na udział w edukacji zdrowotnej w ramach programu	

5.3.3 Planowane interwencje

W trakcie planowania PPZ określić należy jakie działania w danym problemie zdrowotnym mogą zostać wdrożone przy posiadanych zasobach finansowych, materialnych i ludzkich. Należy przeprowadzić dokładną analizę możliwości danej jednostki – aby wdrożone działania cechowały się jak najwyższą efektywnością. Istotne jest przełożenie posiadanych zasobów na wyznaczone cele i ocenę możliwości ich realizacji.

Przedstawione poniżej zalecenia dotyczące poszczególnych interwencji mają w większości charakter ogólny, co ma umożliwić elastyczne dostosowanie działań do potrzeb i możliwości grupy docelowej.

ETAP: KAMPANIA INFORMACYJNA

- Kampania informacyjna na temat programu powinna być prowadzona w sposób ciągły (przez cały okres jego trwania) oraz kierowana do określonej, jasno zdefiniowanej w projekcie PPZ grupy docelowej.
- Samorządy powinny podejmować współpracę z różnymi podmiotami i instytucjami (np. organizacje pozarządowe), które są już zaangażowane w profilaktykę chorób układu krążenia i/lub dyslipidemii na danym obszarze lub z takimi, które posiadają doświadczenie i kompetencje w konkretnych obszarach, np. edukacji zdrowotnej. Współpraca z realizatorami istniejących inicjatyw społecznych ma na celu promocję realizowanego programu (oraz sposobu udziału), która w szczególności zwiększy szansę na dotarcie informacji do populacji kwalifikującej się do PPZ.
- Kampania informacyjna może polegać na rozpowszechnianiu drukowanych materiałów informacyjnych (w tym broszur, ulotek, plakatów) w wybranych lokalizacjach dostosowanych do charakterystyki populacji docelowej (np. placówkach ochrony zdrowia, aptekach, urzędach).
- Do prowadzenia działań informacyjnych zaleca się wykorzystanie różnych środków masowego przekazu, w tym mediów tradycyjnych (tj. telewizji, prasy, radio) i mediów społecznościowych.
- Biorąc pod uwagę problem zdrowotny, zaleca się udostępnienie w formie plakatów, ulotek, grafik informacji nt. możliwości uzyskania adekwatnego poradnictwa antynikotynowego realizowanego poza PPZ wraz z podaniem danych kontaktowych, np. poradnia leczenia uzależnień, poradnia pomocy palącym, w tym Telefoniczna Poradnia Pomocy Palącym.

ETAP: KOMPLEKSOWA INTERWENCJA UKIERUNKOWANA NA MODYFIKACJĘ STYLU ŻYCIA (RACGP 2025, AHA/ACC/AANP/AAPA/ABC/ACCP/ACPM/AGS/AMA/ASPC/NMA/PCNA/SGIM 2025, ESC/EAS 2025, HP 2025, PTNT/PTK 2024, ESC 2024, NICE 2023a, NICE 2023b, C-CHANGE 2022, ESC 2021, PTL/KLRWP/PTK/PTDL/PTD/PTNT 2021, USPSTF 2020a, SIGN 2017, Azami-Aghdash 2025, Jiang 2025, Rahmati 2025, Smart 2025, Bakhit 2024, Landry 2024, Hu 2023, Pant 2023, Bergwall 2022, Feng 2022, Hassen 2022, Massara 2022, Patnode 2022, Lee 2021, Hassen 2021, McMahon 2021, Soltani 2021, eksperci kliniczni)

- Kompleksowa interwencja ukierunkowana na modyfikację stylu życia realizowana jest w sposób komplementarny do świadczeń gwarantowanych realizowanych w ramach POZ.
- Kompleksowa interwencja ukierunkowana na modyfikację stylu życia składa się z następujących komponentów: edukacja zdrowotna, aktywność fizyczna, modyfikacja diety oraz interwencja antyżywkowa.
- Warunkiem kwalifikacji do kompleksowej interwencji ukierunkowanej na modyfikację stylu życia jest wypełnienie formularza sprawdzającego:
 - poziom wiedzy z zakresu profilaktyki chorób układu sercowo-naczyniowego i hipercholesterolemii (pre-test);
 - poziom aktywności fizycznej (np. za pomocą Międzynarodowego Kwestionariusza Aktywności Fizycznej – IPAQ);

- nawyki żywieniowe (np. za pomocą kwestionariusza KomPAN® do badania poglądów i zwyczajów żywieniowych);
- stopień uzależnienia od nikotyny (test Fagerströma) i gotowości do zaprzestania palenia/używania wyrobów nikotynowych (test Schneidera);
- przeciętny poziom spożycia alkoholu (np. za pomocą Testu Rozpoznawania Zaburzeń Związanych ze Spożywaniem Alkoholu – AUDIT-C).
- Niezależnie od uzyskanego wyniku pre-testu w zakresie poziomu wiedzy – każdy uczestnik kierowany jest na edukację zdrowotną.
- W zależności od uzyskanych wyników pozostałych kwestionariuszy, uczestnik kierowany jest na odpowiednie komponenty kompleksowej interwencji ukierunkowanej na modyfikację stylu życia – aktywności fizycznej i/lub modyfikacji diety i/lub interwencji antyżywkowej (z zakresu uzależnienia od nikotyny i/lub ograniczenia/zaprzestania spożywania alkoholu).
- Liczba, forma i zakres interwencji w ramach komponentów aktywności fizycznej i modyfikacji diety są indywidualnie dopasowywane do uczestnika.

Edukacja zdrowotna

- Przykładowe formy realizacji działań edukacyjnych obejmują zajęcia indywidualne i/lub grupowe (seminaria, lekcje, warsztaty).
- Edukacja zdrowotna powinna uwzględniać informacje na temat najczęstszych jednostek chorobowych należących do ChUK oraz dyslipidemii, czynników ryzyka i dostępności do świadczeń gwarantowanych w ramach POZ oraz powinna podkreślać znaczenie modyfikacji stylu życia ukierunkowanej na ograniczenie wpływu czynników ryzyka ChUK, szczególnie w kontekście:
 - dążenia do uzyskania lub utrzymania prawidłowej masy ciała;
 - dążenia do uzyskania lub utrzymania odpowiedniego poziomu aktywności fizycznej i prawidłowych nawyków żywieniowych;
 - rezygnacji z używek, tj. wyrobów nikotynowych, alkohol;
 - rezygnacji lub ograniczenia siedzącego trybu życia;
 - zmniejszenia poziomu stresu (np. poprzez ćwiczenia oddechowe, medytację, jogę czy ćwiczenia uważności);
 - prawidłowej higieny snu (regularność i czas trwania 7-8h).
- Po zakończeniu działań edukacyjnych każdy uczestnik zobowiązany jest do ponownego wypełnienia testu wiedzy (post-test).
- W przypadku, gdy dostępne są gotowe materiały edukacyjne, przygotowane przez instytucje zajmujące się profilaktyką i promocją zdrowia, należy je wykorzystać w pierwszej kolejności (przy jednoczesnym uwzględnieniu praw autorskich) (dostęp z dnia 12.12.2025 r.) np.:
 - Narodowy Instytut Kardiologii im. Stefana kardynała Wyszyńskiego – Państwowy Instytut Badawczy
<https://szkolenia.ikard.pl/materialy>
 - Narodowy Fundusz Zdrowia
<https://www.nfz.gov.pl/aktualnosci/aktualnosci-oddzialow/profilaktyka-chorob-ukladu-krazenia-sroda-z-profilaktyka-w-ow-nfz,602.html>
<https://diety.nfz.gov.pl/plany-zywieniowe/nadcisnienie>

Aktywność fizyczna

- Liczba, forma i zakres interwencji są indywidualnie dopasowywane do uczestnika.
- Uczestnik otrzymuje indywidualny plan aktywności fizycznej dostosowany do jego możliwości i potrzeb.
- Przykładowe rodzaje, intensywność i czas trwania aktywności fizycznej obejmują:

- aerobowy wysiłek fizyczny przez ≥ 150 min/tydzień o umiarkowanej intensywności lub ≥ 75 min/tydzień o dużej intensywności;
- ustrukturyzowany program ćwiczeń obejmujący ćwiczenia aerobowe i/lub trening siłowy;
- regularny wysiłek fizyczny o umiarkowanej intensywności (najlepiej codziennie nie mniej niż 30 minut) – od 3,5 do 7 godzin tygodniowo;
- aktywność umiarkowana do intensywniej przez 30-60 minut w większość dni tygodnia;
- 90-180 minut tygodniowo aktywności fizycznej o umiarkowanej lub wysokiej intensywności;
- dynamiczny lub izometryczny trening siłowy o umiarkowanej intensywności (2-3 razy/tydzień);
- poza aktywnością aerobową – ćwiczenia oporowe co najmniej dwa dni w tygodniu.
- W ramach interwencji należy odnieść się także do: korzyści zdrowotnych wynikających z realizacji codziennej aktywności fizycznej, prewencyjnego charakteru aktywności fizycznej, zarówno w przypadku chorób sercowo-naczyniowych, jak i innych oraz realizacji aktywności fizycznej w ramach codziennych obowiązków.
- Na ostatnim z zaplanowanych spotkań należy przeprowadzić ponowną ocenę poziomu aktywności fizycznej z użyciem tego samego kwestionariusza, co podczas kwalifikacji do programu.
- Uczestnikowi przekazywane są dalsze, pisemne zalecenia w zakresie aktywności fizycznej.

Modyfikacja diety

- Liczba, forma i zakres interwencji są indywidualnie dopasowywane do uczestnika.
- Uczestnik otrzymuje indywidualny plan żywienia dostosowany do jego preferencji i potrzeb.
- Przykładowe elementy zdrowych nawyków żywieniowych w profilaktyce chorób układu krążenia i dyslipidemii obejmują:
 - stosowanie określonych modeli żywieniowych – diety DASH lub diety śródziemnomorskiej;
 - spożywanie:
 - warzyw i owoców, w tym ≥ 200 g owoców na dzień (≥ 2 -3 porcje) i ≥ 200 g warzyw na dzień (≥ 2 -3 porcje);
 - produktów pełnoziarnistych, w tym 25-40 g błonnika (z czego ≥ 7 -13 g stanowi błonnik rozpuszczalny);
 - produktów bogatych w białko, pochodzących ze źródeł zwierzęcych i/lub roślinnych;
 - niskotłuszczowych produktów mlecznych (mleko, jogurt i ser bez dodatków smakowych);
 - produktów zawierających zdrowe tłuszcze i oleje (np. oliwa z oliwek, orzechy i nasiona oraz ryby), w tym ryb (w szczególności tłustych) 1-2 razy/tydzień;
 - ograniczenie spożycia:
 - tłuszczów nasyconych i tłuszczów trans;
 - cukrów prostych (w szczególności pochodzących ze słodczy i słodzonych napojów);
 - czerwonego mięsa (maksymalnie 350-500 g na tydzień);
 - soli.
- Na ostatnim z zaplanowanych spotkań należy przeprowadzić ponowną ocenę nawyków żywieniowych z użyciem tego samego kwestionariusza, co podczas kwalifikacji do programu.
- Uczestnikowi przekazywane są dalsze, pisemne zalecenia w zakresie żywienia.

Interwencja antyżywkowa

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

- dokonaną podczas kwalifikacji do kompleksowej interwencji ukierunkowanej na modyfikację stylu życia ocenę stopnia uzależnienia (w oparciu o test Fagerströma) oraz gotowości do zaprzestania palenia/używania wyrobów nikotynowych (w oparciu o test Schneidera);
- zapewnienie uczestnikom, chcącym zaprzestać palenia tytoniu lub korzystania z wyrobów nikotynowych, poradnictwa w przedmiotowym zakresie;
- poinformowanie osób, które zdecydują się na zaprzestanie palenia lub korzystania z wyrobów nikotynowych, o możliwości stosowania dostępnej farmakoterapii wspomagającej proces rzucania nałogu;
- skierowanie osób uzależnionych do wyspecjalizowanych ośrodków i poradni zajmujących się leczeniem uzależnień od nikotyny.
- Jednym z możliwych modeli krótkiej porady antynikotynowej jest minimalna interwencja antynikotynowa z zastosowaniem zestawu pięciu pytań opisanych jako zasada „5P”:
 - PYTAJ każdego uczestnika czy stosuje wyroby nikotynowe;
 - PORADŹ, jak zaprzestać używania wyrobów nikotynowych;
 - POZNAJ postawę uczestnika wobec użytkowania i zaprzestania korzystania z wyrobów nikotynowych;
 - POMÓŹ użytkującemu wyroby nikotynowe uczestnikowi w opracowaniu planu zaprzestania ich stosowania;
 - PLANUJ dalsze wsparcie w zakresie skierowania osoby uzależnionej do ośrodków i poradni zajmujących się leczeniem uzależnień od nikotyny.

– W ramach interwencji należy uzyskać zgodę na kontakt telefoniczny w okresie 2 miesięcy od zakończenia interwencji, który ma na celu otrzymanie informacji od uczestnika o stosowaniu (w dalszym ciągu) bądź zaprzestaniu/ograniczeniu stosowania wyrobów nikotynowych.
- W przypadku osób, u których stwierdzono nadmierne spożywanie alkoholu, zaleca się przeprowadzenie indywidualnego, krótkiego dialogu motywującego, nakierowanego na chęć zmiany w zakresie spożywania alkoholu. Jednym z możliwych modeli dialogu motywującego jest interwencja „5R”, która może być użytecznym sposobem nakłonienia do zmiany osób, które spożywają alkohol i niechętnie z niego rezygnują:
 - RELEVANCE: zapytaj uczestnika, dlaczego ograniczenie lub zaprzestanie picia alkoholu jest dla niego istotne;
 - RISKS: poproś uczestnika o wymienienie negatywnych skutków spożywania;
 - REWARDS: poproś uczestnika o wymienienie korzyści płynących z ograniczenia lub zaprzestania spożycia alkoholu jego spożywania;
 - ROADBLOCKS: poproś uczestnika o wskazanie barier utrudniających ograniczenie lub zaprzestanie spożycia alkoholu i porozmawiaj o sposobach radzenia sobie z tymi barierami;
 - REPETITION: zorganizuj dalsze działania, które mogą obejmować sprawdzanie postępów w realizacji celów wyznaczonych przez uczestnika, wyznaczanie nowych celów.

– W ramach interwencji należy uzyskać zgodę na kontakt telefoniczny w okresie 2 miesięcy od zakończenia interwencji, który ma na celu otrzymanie informacji od uczestnika o ilości spożywanego alkoholu bądź zaprzestaniu jego spożywania.

ETAP: EDUKACJA ZDROWOTNA DZIECI I MŁODZIEŻY (PTNT/PTK 2024, ESC 2024, USPSTF 2023, ESC 2021, USPSTF 2020b, eksperci kliniczni)

- Warunkiem przystąpienia do uczestnictwa jest wypełnienie pre-testu. Każda osoba, która przystąpiła do uczestnictwa, jest zobowiązana do wypełnienia post-testu
- Edukacja zdrowotna dzieci i młodzieży powinna być prowadzona we współpracy ze szkołami na obszarze realizacji programu.
- W ramach planowanych działań edukacyjnych zaleca się:
 - rozwijanie pozytywnych nawyków żywieniowych, w tym:

- regularnego spożywania posiłków,
 - spożywania większej ilości warzyw i owoców,
 - ograniczenia spożywania żywności wysokoprzetworzonej typu fast food oraz słodczy,
 - ograniczenia spożywania napojów dosładzanych,
 - unikania spożywania napojów pobudzających, takich jak napoje energetyczne,
 - zachęcanie do aktywności fizycznej,
 - unikanie stosowania substancji psychoaktywnych, w szczególności alkoholu oraz wyrobów tytoniowych.
- Stosowane formy i metody powinny być dostosowane do wieku uczniów.

5.3.4 Sposób udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach PPZ

Świadczenia zdrowotne udzielane w ramach PPZ zostaną zrealizowane zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa. Realizatorzy programu wyłonieni zostaną w ramach konkursu ofert, o którym mowa w art. 48b ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

5.3.5 Sposób zakończenia udziału w PPZ

- Zakończenie udziału w programie może nastąpić w przypadku:
 - osób, u których stwierdzono brak wskazań do udziału w komponentach aktywności fizycznej, modyfikacji diety i interwencji antyuzywkowej – udział w PPZ kończy się po wypełnieniu post-testu wiedzy po realizacji działań edukacyjnych;
 - osób, u których stwierdzono wskazania do udziału w poszczególnych komponentach z zakresu modyfikacji stylu życia (w jednym lub więcej) – udział w PPZ kończy się wraz z weryfikacją uzyskanych wyników (w zależności od komponentu – w oparciu o ponowną ocenę na podstawie kwestionariusza/y i/lub kontaktu telefonicznego);
 - dzieci i młodzieży, biorących udział w działaniach edukacyjnych – udział w programie kończy się po ukończeniu interwencji i wypełnieniu post-testu;
 - zgłoszenia przez uczestnika chęci zakończenia udziału w PPZ;
 - zakończenia realizacji PPZ.
- Każdy uczestnik biorący udział w interwencji w ramach komponentu aktywności fizycznej i/lub modyfikacji diety, powinien otrzymać pisemną informację od realizatora programu dla lekarza POZ o przebiegu interwencji, uzyskanych wynikach i dalszych zaleceniach.

5.4 Organizacja PPZ

5.4.1 Etapy PPZ i działania podejmowane w ramach etapów

- 1 Opracowanie terminów realizacji poszczególnych elementów PPZ oraz wstępne zaplanowanie budżetu. Przygotowanie projektu programu ze szczególnym uwzględnieniem z art. 48a ust 2 oraz treści rozporządzenia wydanego na podstawie art. 48a ust. 16 ustawy.
- 2 Przesłanie do AOTMiT oświadczenia o zgodności projektu PPZ z rekomendacją, o którym mowa w art. 48aa ust. 11 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
- 3 Przeprowadzenie konkursu ofert na szczeblu danego samorządu, który wdraża indywidualnie PPZ, w celu wyboru jego realizatorów (zgodnie z art. 48b ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych).
- 4 Wybór realizatorów (przeprowadzenie szkolenia w celu zapoznania realizatorów ze szczegółowymi zapisami związanymi z prowadzonym PPZ).
- 5 Przeprowadzenie opisanych w projekcie PPZ interwencji.

- 6 Bieżące zbieranie danych dot. realizowanych działań, umożliwiających monitorowanie programu i jego późniejszą ewaluację. Przygotowanie raportu z realizacji działań w danym roku (ocena okresowa).
- 7 Zakończenie realizacji PPZ.
- 8 Rozliczenie finansowania PPZ.
- 9 Przeprowadzenie ewaluacji programu, opracowanie raportu końcowego z realizacji PPZ i przesłanie go do Agencji, wraz z załączonym pierwotnym PPZ, który został wdrożony do realizacji. Ww. raport końcowy powinien zostać przesłany do Agencji w terminie do 3 miesięcy od zakończenia realizacji programu.

5.4.2 Warunki realizacji PPZ dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych

W celu realizacji programów polityki zdrowotnej należy spełnić wymagania dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych.

W przypadku wymagań dotyczących sprzętu oraz ośrodka, w którym realizowany będzie program polityki zdrowotnej, należy stosować obowiązujące przepisy prawa, w tym dotyczące zasad bezpieczeństwa i higieny pracy. Zapisy projektu PPZ należy dostosowywać do ewentualnych zmian w tym zakresie.

Wymagania przedstawione w projekcie PPZ powinny być jasno związane z dążeniem do uzyskania wysokiej efektywności programu. Dla każdego warunku należy przedstawić uzasadnienie jego wprowadzenia, w tym odnieść się do roli jaką pełni w osiąganiu założonych celów. Warto wskazać, że zamieszczenie wygórowanych warunków może utrudnić wyłonienie realizatora, a tym samym będzie barierą wdrożenia PPZ.

Etap PPZ	Kwalifikacje personelu
Kompleksowa interwencja ukierunkowana na modyfikację stylu życia	<u>Komponent edukacyjny</u> Lekarz, pielęgniarka, dietetyk, fizjoterapeuta, profilaktyk lub inny przedstawiciel zawodu medycznego, który posiada odpowiedni zakres wiedzy, doświadczenia i kompetencji dla przeprowadzenia działań edukacyjnych. <u>Komponent aktywności fizycznej</u> Fizjoterapeuta, specjalista aktywności fizycznej, pielęgniarka, profilaktyk lub inny przedstawiciel zawodu medycznego, który posiada odpowiedni zakres wiedzy, doświadczenia i kompetencji dla prowadzenia poradnictwa z zakresu aktywności fizycznej. <u>Komponent modyfikacji diety</u> Dietetyk, pielęgniarka, profilaktyk lub inny przedstawiciel zawodu medycznego, który posiada odpowiedni zakres wiedzy, doświadczenia i kompetencji dla prowadzenia poradnictwa w zakresie prawidłowego żywienia. <u>Interwencja antyżywkowa</u> Lekarz, specjalista psychoterapii uzależnień, psycholog, psychoterapeuta lub instruktor terapii uzależnień, który posiada odpowiedni zakres wiedzy, doświadczenia i kompetencji w diagnostyce, leczeniu uzależnień od substancji psychoaktywnych i przeprowadzenia interwencji antyżywkowych.
Edukacja zdrowotna dzieci i młodzieży	Lekarz, pielęgniarka, profilaktyk lub inny przedstawiciel zawodu medycznego, który posiada odpowiedni zakres wiedzy, doświadczenia i kompetencji dla przeprowadzenia edukacji młodzieży.

5.5 Sposób monitorowania i ewaluacji PPZ

5.5.1 Monitorowanie

Monitorowanie jest procesem zbierania danych o realizacji programu i służy kontrolowaniu ich przebiegu i postępu. Monitorowanie programu polityki zdrowotnej powinno być prowadzone na bieżąco i zostać zakończone wraz z końcem realizacji programu polityki zdrowotnej. Powinno uwzględniać ocenę zgłaszalności oraz ocenę jakości świadczeń realizowanych w PPZ.

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

Należy rozważyć zlecenie prowadzenia monitorowania przez niezależnego od realizatora eksperta zewnętrznego.

Monitorowanie programu powinno odbywać się w sposób ciągły do momentu zakończenia realizacji PPZ. W trakcie realizacji programu należy gromadzić dane dotyczące co najmniej następujących obszarów:

- liczba osób, które zgłosiły się do udziału w programie;
- liczba osób zakwalifikowanych do udziału w programie;
- liczba osób, które nie zostały objęte programem polityki zdrowotnej, wraz ze wskazaniem powodów;
- liczba osób, która zrezygnowała z udziału w programie, ze wskazaniem przyczyn;
- liczba osób, które zakończyły udział w programie, zgodnie z zaplanowaną dla nich ścieżką;
- liczba osób, które wzięły udział w działaniach edukacyjnych w ramach kompleksowej interwencji ukierunkowanej na modyfikację stylu życia;
- liczba osób, które wzięły udział w kompleksowej interwencji ukierunkowanej na modyfikację stylu życia w ramach komponentu aktywności fizycznej;
- liczba osób, które wzięły udział w kompleksowej interwencji ukierunkowanej na modyfikację stylu życia w ramach komponentu modyfikacji diety;
- liczba osób, które wzięły udział w kompleksowej interwencji antyżywkowej;
- liczba uczniów, którzy wzięli udział w edukacji zdrowotnej dzieci i młodzieży.

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

- data wyrażenia zgody na uczestnictwo w PPZ, w tym zgody na przetwarzanie danych osobowych oraz zgody na kontakt (np. numer telefonu, adres e-mail);
- numer PESEL wraz ze zgodą na jego wykorzystywanie w ocenie efektów zdrowotnych PPZ;
- informacje o świadczeniach, z których skorzystał uczestnik;
- data zakończenia udziału w PPZ wraz z podaniem przyczyny (np. ukończenie wszystkich interwencji, zakończenie realizacji PPZ, wycofanie zgody na uczestnictwo w PPZ).

Zalecane jest przeprowadzenie oceny jakości udzielanych świadczeń w ramach PPZ. W tym celu każdemu uczestnikowi PPZ należy zapewnić możliwość wypełnienia ankiety satysfakcji z jakości udzielanych świadczeń. Ocena jakości może być przeprowadzana przez zewnętrznego eksperta. Zbiorcze wyniki oceny jakości świadczeń, jak np. wyrażony w procentach stosunek opinii pozytywnych do wszystkich wypełnionych przez uczestników ankiet oceny jakości świadczeń, należy przedstawić w raporcie końcowym.

5.5.2 Ewaluacja

Ewaluację należy rozpocząć po zakończeniu realizacji programu. Ewaluacja opiera się na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach PPZ i stanu po jego zakończeniu, z wykorzystaniem co najmniej wszystkich zdefiniowanych wcześniej mierników efektywności odpowiadających celom PPZ. Wynik ewaluacji należy przedstawić w raporcie końcowym z realizacji PPZ.

W ramach ewaluacji należy odnieść się do stopnia zrealizowania każdego z celów programu. Cel można uznać za zrealizowany, jeśli wartość miernika efektywności wyliczona na podstawie danych zgromadzonych w ramach monitorowania jest równa lub przekroczyła wskazaną w celu wartość docelową.

W raporcie końcowym należy podawać wartości liczbowe dla danych objętych monitorowaniem oraz co najmniej:

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

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

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

Należy rozważyć zlecenie przeprowadzenia ewaluacji przez eksperta zewnętrznego.

5.6 Budżet PPZ

W przypadku, gdy w programie występuje kilka interwencji, które są stosowane z podziałem na poszczególne grupy uczestników, sugeruje się określenie kosztu jednostkowego każdej z grup interwencji.

Zaplanowane w programie zasoby finansowe powinny być wydatkowane w sposób optymalny i efektywny, z zapewnieniem środków dla każdego uczestnika kwalifikującego się do udziału.

5.6.1 Koszty jednostkowe

Budżet programu powinien uwzględniać wszystkie koszty poszczególnych składowych (tj. koszty interwencji, wynagrodzeń, wynajmu pomieszczeń, działań edukacyjnych, promocji i informacji itp.). Należy także podzielić koszty na poszczególne usługi i świadczenia zdrowotne oferowane w ramach PPZ i wskazać sumaryczny koszt wszystkich kosztów częściowych.

Budżet powinien zawierać wszystkie niezbędne kategorie kosztów, w tym:

- koszt przygotowania i prowadzenia kampanii informacyjnej;
- koszt przygotowania materiałów edukacyjnych;
- koszt prowadzenia kompleksowej interwencji ukierunkowanej na modyfikację stylu życia;
- koszt prowadzenia edukacji zdrowotnej dzieci i młodzieży;
- koszty zbierania i przetwarzania informacji związanych z monitorowaniem i ewaluacją.

Koszty jednostkowe poszczególnych pozycji nie powinny znacząco odbiegać od cen rynkowych.

W poniższej tabeli przedstawiono przykładowe zestawienie kosztów jednostkowych PPZ:

Lp.	Działanie	Liczba	Koszt jednostkowy	Suma kosztów jednostkowych
[1]	[2]	[3]	[4]	[5=3x4]
Koszty pośrednie				
1	Koszty administracyjne w tym personelu PPZ bezpośrednio zaangażowanego w zarządzanie, rozliczanie lub prowadzenie innych działań administracyjnych w projekcie, w tym w szczególności koszty wynagrodzenia, koszty ewaluacji i monitorowanie ¹ projektu			
2	Koszty personelu obsługowego (np. obsługa kadrowa, finansowa, administracyjna, obsługa prawna, w tym ta dotycząca zamówień) na potrzeby funkcjonowania PPZ			
3	Działania informacyjno-promocyjne projektu (np. przygotowanie materiałów promocyjnych i informacyjnych, zakup ogłoszeń prasowych, plakaty, ulotki, itp.)			
Koszty bezpośrednie				
1	Koszt przeprowadzenia etapu „Kampania promocyjna” ... (wyszczególnienie działań)			
2	Koszt przeprowadzenia etapu „Kompleksowa interwencja ukierunkowana na modyfikację stylu życia”... (wyszczególnienie działań)			
3	Koszt przeprowadzenia etapu „Edukacja zdrowotna dzieci i młodzieży”... (wyszczególnienie działań)			
....				
SUMA				

¹ Ewaluacja i monitorowanie - do 10% całkowitego budżetu PPZ

5.6.2 Koszty całkowite

Należy wskazać całkowity koszt PPZ do poniesienia w związku z jego realizacją. Planowane nakłady należy przedstawić w układzie tabelarycznym. Należy wskazać łączny koszt realizacji PPZ za cały okres jego realizacji oraz w podziale na poszczególne lata, uwzględniając tym samym podział kosztów na poszczególne lata realizacji PPZ, z uwzględnieniem wydatków bieżących i majątkowych (jeżeli dotyczy), w zależności od źródła finansowania.

Koszty całkowite realizacji PPZ:

Rok realizacji PPZ	Koszt całkowity
20xx r.	
20xx r.	
Koszt całkowity	

5.6.3 Źródła finansowania

Istotne jest wskazanie jednostki odpowiedzialnej za finansowanie PPZ. W przypadku partnerstwa w kwestii finansowania należy określić jaki udział będzie mieć finansowanie pochodzące z innego źródła niż budżet JST. W przypadku, gdyby do programu miała zostać włączona np. jednostka badawcza, również należy określić zakres partnerstwa. W przypadku programów wieloletnich ważnym jest, aby w uchwale organu stanowiącego w sprawie przyjęcia programu zdrowotnego zawrzeć klauzulę o zobowiązaniu do ustalania corocznie szczegółowego nakładu z budżetu jednostki samorządu terytorialnego (samorządy terytorialne obowiązuje procedura uchwalania budżetu w cyklu rocznym, więc warunkuje to także konieczność ścisłego planowania).

Podstawa przygotowania rekomendacji

Rekomendacja została przygotowana na podstawie art. 48aa ustawy o świadczeniach (Dz.U. 2025 poz. 1461) po uzyskaniu Opinii Rady Przejrzystości nr 211/2025 z dnia 8 grudnia 2025 roku w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących profilaktyki chorób układu sercowo-naczyniowego, nadciśnienia tętniczego i hipercholesterolemii oraz na podstawie Raportu nr: DPPZ.434.6.2025 „Profilaktyka chorób układu sercowo-naczyniowego, nadciśnienia tętniczego i hipercholesterolemii”; data ukończenia: grudzień 2025.

PREZES

Daniel Rutkowski

/dokument podpisany elektronicznie/

Piśmiennictwo

Opinia RP	Opinia Rady Przejrzystości nr 211/2025 z dnia 8 grudnia 2025 roku w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących profilaktyki chorób układu sercowo-naczyniowego, nadciśnienia tętniczego i hipercholesterolemii
Raport	Raport nr: DPPZ.434.6.2025 „Profilaktyka chorób układu sercowo-naczyniowego, nadciśnienia tętniczego i hipercholesterolemii”; data ukończenia: grudzień 2025
Źródła rekomendacji	
AHA/ACC/AANP/AAPA/ABC/ACCP/ACPM/AGS/AMA/ASPC/NMA/PCNA/SGIM 2025	Writing Committee Members*; Jones D.W., Ferdinand K.C., Taler S.J. et al. (2025). 2025 AHA/ACC/AANP/AAPA/ABC/ACCP/ACPM/AGS/AMA/ASPC/NMA/PCNA/SGIM Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation and Management of High Blood Pressure in Adults: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. Hypertension. 82(10):e212-e316
C-CHANGE 2022	Jain R., Stone J.A., Agarwal G. et al. (2022). Canadian Cardiovascular Harmonized National Guideline Endeavour (C-CHANGE) guideline for the prevention and management of cardiovascular disease in primary care: 2022 update. CMAJ. 194(43):E1460-E1480
ESC 2021	Visseren F.L.J., Mach F., Smulders Y.M. et al. (2021). 2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. Eur. Heart J.42(34): 3227-3337
ESC 2024	European Society of Cardiology (2024). 2024 ESC Guidelines for the management of elevated blood pressure and hypertension. Pozyskano z: https://academic.oup.com/eurheartj/article/45/38/3912/7741010 , dostęp z 13.11.2025
ESC/EAS 2025	European Society of Cardiology & European Society of Cardiology (2025). 2025 Focused Update of the 2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: Developed by the task force for the management of dyslipidaemias of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Atherosclerosis Society (EAS). Pozyskano z: https://academic.oup.com/eurheartj/article/46/42/4359/8234482?login=false , dostęp z 12.11.2025
HP 2025	Goupil R., Tsuyuki R.T., Santesso N. et al. (2025). Hypertension Canada guideline for the diagnosis and treatment of hypertension in adults in primary care. CMAJ. 197(20): E549-E564
NICE 2023a	National Institute for Health and Care Excellence (2023). Hypertension in adults: diagnosis and management. Pozyskano z: https://www.nice.org.uk/guidance/ng136 , dostęp z 03.11.2025
NICE 2023b	National Institute for Health and Care Excellence (2023). Cardiovascular disease: risk assessment and reduction, including lipid modification. Pozyskano z: https://www.nice.org.uk/guidance/ng238 , dostęp z 13.11.2025
PTL/KLRwP/PTK/PTDL/PTD/PTNT 2021	Banach M., Burchardt P., Chlebus K. et al. (2021). Wytyczne PTL/KLRwP/PTK/PTDL/PTD/PTNT diagnostyki i leczenia zaburzeń lipidowych w Polsce 2021. Nadciśnienie tętnicze w Praktyce. 7(3): 113-222
PTMR 2024	Polskie Towarzystwo Medycyny Rodzinnej (2024). Porada edukacyjna POZ z elementami monitorowania stanu pacjenta. Pozyskano z: https://ptmr.info.pl/wp-content/uploads/2024/09/Porada_educacyjna_kardiologia_OK.pdf , dostęp z: 12.11.2025
PTNT/PTK 2024	Prejbisz A., Dobrowolski P., Doroszko A. et al. (2024). Wytyczne postępowania w nadciśnieniu tętniczym w Polsce 2024—stanowisko Ekspertów Polskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego/Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego. Nadciśnienie Tętnicze w Praktyce. 10(3-4): 53-111
RACGP 2025	Royal Australian College of General Practitioners (2025). Guidelines for preventive activities in general practice. Pozyskano z: https://www.racgp.org.au/clinical-resources/clinical-guidelines/key-racgp-guidelines/view-all-racgp-guidelines/preventive-activities-in-general-practice/cardiovascular/cardiovascular-disease-cvd-risk , dostęp z 09.11.2025
SIGN 2017	Scottish Intercollegiate Guidelines Network(2017). Risk estimation and the prevention of cardiovascular disease. Edinburgh: SIGN; 2017. (SIGN publication no. 149)

USPSTF 2020a	U.S. Preventive Services Task Force (2020). Healthy Diet and Physical Activity for Cardiovascular Disease Prevention in Adults With Cardiovascular Risk Factors: Behavioral Counseling Interventions. Pozyskano z: https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/recommendation/healthy-diet-and-physical-activity-counseling-adults-with-high-risk-of-cvd , dostęp z 03.11.2025
USPSTF 2020b	U.S. Preventive Services Task Force (2020). High Blood Pressure in Children and Adolescents: Screening. Pozyskano z: https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/recommendation/blood-pressure-in-children-and-adolescents-hypertension-screening , dostęp z 03.11.2025
USPSTF 2021	U.S. Preventive Services Task Force (2021). Hypertension in Adults: Screening. Pozyskano z: https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/recommendation/hypertension-in-adults-screening , dostęp z 03.11.2025
USPSTF 2022a	U.S. Preventive Services Task Force (2022). Healthy Diet and Physical Activity for Cardiovascular Disease Prevention in Adults Without Cardiovascular Disease Risk Factors: Behavioral Counseling Interventions. Pozyskano z: https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/recommendation/healthy-lifestyle-and-physical-activity-for-cvd-prevention-adults-without-known-risk-factors-behavioral-counseling , dostęp z 03.11.2025
USPSTF 2022b	U.S. Preventive Services Task Force (2022). Vitamin, Mineral, and Multivitamin Supplementation to Prevent Cardiovascular Disease and Cancer: Preventive Medication. Pozyskano z: https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/recommendation/vitamin-supplementation-to-prevent-cvd-and-cancer-preventive-medication , dostęp z 03.11.2025
USPSTF 2023	U.S. Preventive Services Task Force (2023). Screening for Lipid Disorders in Children and Adolescents. Pozyskano z: https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/recommendation/lipid-disorders-in-children-screening , dostęp z 31.10.2025
Źródła dowodów wtórnych	
Azami-Aghdash 2025	Azami-Aghdash S., Joudyian N., Jafari S. et al. (2025). Assessing Community-Based interventions effectiveness on hypertension prevention and control: A systematic review and Meta-Analysis. BMC Public Health. 25(1): 3253
Bakhit 2024	Bakhit M., Fien S., Abukmail E. (2024). Cardiovascular disease risk communication and prevention: a meta-analysis. Eur. Heart. J. 45(12): 998-1013
Bergum 2021	Bergum H., Sandven I., Klemsdal T.O. (2021). Long-term effects (> 24 months) of multiple lifestyle intervention on major cardiovascular risk factors among high-risk subjects: a meta-analysis. BMC Cardiovasc. Disord. 21(1): 181
Bergwall 2022	Bergwall S., Johansson A., Sonestedt E. et al. (2022). High versus low-added sugar consumption for the primary prevention of cardiovascular disease. Cochrane Database Syst. Rev. 1(1): CD013320
Cecchini 2024	Cecchini M., Filippini T., Whelton P.K. et al. (2024). Alcohol Intake and Risk of Hypertension: A Systematic Review and Dose-Response Meta-Analysis of Nonexperimental Cohort Studies. Hypertension. 81(8): 1701-1715
Chang 2021	Chang J.T., Anic G.M., Rostron B.L. et al. (2021). Cigarette Smoking Reduction and Health Risks: A Systematic Review and Meta-analysis. Nicotine. Tob. Res. 23(4): 635-642
Feng 2022	Feng Y., Zhao Y., Liu J. et al. (2022). Consumption of Dairy Products and the Risk of Overweight or Obesity, Hypertension, and Type 2 Diabetes Mellitus: A Dose-Response Meta-Analysis and Systematic Review of Cohort Studies. Adv. Nutr. 13(6): 2165-2179
Filippini 2022	Filippini T., Malavolti M., Whelton P.K. et al. (2022). Sodium Intake and Risk of Hypertension: A Systematic Review and Dose-Response Meta-analysis of Observational Cohort Studies. Curr. Hypertens. Rep. 24(5): 133-144
Hassen 2021	Hassen H.Y., Ndejjo R., Musinguzi G. et al. (2021). Effectiveness of community-based cardiovascular disease prevention interventions to improve physical activity: A systematic review and meta-regression. Prev. Med. 153: 106797
Hassen 2023	Hassen H.Y., Sisay B.G., Van Geertruyden J.P. et al. (2023). Dietary outcomes of community-based CVD preventive interventions: a systematic review and meta-analysis. Public Health Nutr. 26(11): 2480-2491

Hosseini 2024	Hosseini K., Soleimani H., Tavakoli K. et al. (2024). Association between sleep duration and hypertension incidence: Systematic review and meta-analysis of cohort studies. PLoS One. 19(7):e0307120
Hu 2023	Hu H., Zhao Y., Feng Y. et al. (2023). Consumption of whole grains and refined grains and associated risk of cardiovascular disease events and all-cause mortality: a systematic review and dose-response meta-analysis of prospective cohort studies. Am. J. Clin. Nutr. 117(1): 149-159
Isath 2023	Isath A., Kanwal A., Virk H.U.H. et al. (2023). The Effect of Yoga on Cardiovascular Disease Risk Factors: A Meta-Analysis. Curr. Probl. Cardiol. 48(5): 101593
Jiang 2025	Jiang R., Wang T., Han K. et al (2025). Impact of anti-inflammatory diets on cardiovascular disease risk factors: a systematic review and meta-analysis. Front Nutr. 12: 1549831
Kariuki 2024	Kariuki J.K., Imes C.C., Engberg S.J. et al. (2024). Impact of lifestyle-based interventions on absolute cardiovascular disease risk: a systematic review and meta-analysis. JBI Evid. Synth. 22(1): 4-65
Landry 2024	Landry M.J., Senkus K.E., Mangels A.R. et al (2024). Vegetarian dietary patterns and cardiovascular risk factors and disease prevention: An umbrella review of systematic reviews. Am. J. Prev. Cardiol. 20:100868
Lee 2021	Lee L.L., Mulvaney C.A., Wong Y.K.Y. et al. (2021). Walking for hypertension. Cochrane Database Syst. Rev. 2(2): CD008823
Massara 2022	Massara P., Zurbau A., Glenn A.J. et al. (2022). Nordic dietary patterns and cardiometabolic outcomes: a systematic review and meta-analysis of prospective cohort studies and randomised controlled trials. Diabetologia. 65(12): 2011-2031
McMahon 2021	McMahon J., Thompson D.R., Pascoe M.C. et al. (2021). eHealth interventions for reducing cardiovascular disease risk in men: A systematic review and meta-analysis. Prev. Med. 145: 106402
Mistry 2022	Mistry H., Enderby J., Court R. et al. (2022). Determining optimal strategies for primary prevention of cardiovascular disease: systematic review of cost-effectiveness analyses in the United Kingdom. Health Technol. Assess. 29(37): 1-61
Niu 2021	Niu Y., Sui X., He Y. et al. (2021). Association between self-reported snoring and hypertension: a systematic review and meta-analysis. Sleep. Med. 88: 140-148
Pant 2023	Pant A., Gribbin S., McIntyre D, et al. (2023). Primary prevention of cardiovascular disease in women with a Mediterranean diet: systematic review and meta-analysis. Heart. 109(16): 1208-1215
Patnode 2022	Patnode C.D., Redmond N., Iacocca M.O. et al. (2022). Behavioral Counseling Interventions to Promote a Healthy Diet and Physical Activity for Cardiovascular Disease Prevention in Adults Without Known Cardiovascular Disease Risk Factors: Updated Systematic Review for the U.S. Preventive Services Task Force [Internet]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2022 Jul. Report No.: 22-05289-EF-1
Pimenta 2025	Pimenta K., Madondo E., Mukhopadhyay A. et al. (2025). Association between weight-adjusted waist index and cardiovascular disease: a systematic review and meta-analysis. Front Endocrinol. (Lausanne). 16: 1644035
Rahmati 2025	Rahmati M., Lee H., Lee H. et al. (2025). Associations Between Exercise Training, Physical Activity, Sedentary Behaviour and Mortality: An Umbrella Review of Meta-Analyses. J. Cachexia. Sarcopenia Muscle. 16(2): e13772
Slater 2022	Slater K., Colyvas K., Taylor R. et al. (2022). Primary and secondary cardiovascular disease prevention interventions targeting lifestyle risk factors in women: A systematic review and meta-analysis. Front Cardiovasc. Med. 9: 1010528
Smart 2025	Smart N.A., Downes D., van der Touw T. et al. (2025). The Effect of Exercise Training on Blood Lipids: A Systematic Review and Meta-analysis. Sports Med. 55(1): 67-78
Soltani 2021	Soltani S., Saraf-Bank S., Basirat R. et al. (2021). Community-based cardiovascular disease prevention programmes and cardiovascular risk factors: a systematic review and meta-analysis. Public Health. 200: 59-70

Xi 2025	Xi J., Ma W., Tao Y. et al. (2025). Association between night shift work and cardiovascular disease: a systematic review and dose-response meta-analysis. Front Public Health. 13: 1668848
Yamada 2025	Yamada S., Shirai T., Inaba S. et al. (2025). Saturated Fat Restriction for Cardiovascular Disease Prevention: A Systematic Review and Meta-analysis of Randomized Controlled Trials. JMA J. 8(2): 395-407
Problem zdrowotny/epidemiologia	
Arent-Piotrowska 2018	Arent-Piotrowska K. (2018). Hipercholesterolemia – zmora dzisiejszych czasów. Co zrobić, by zapobiec jej konsekwencjom w świetle aktualnych zaleceń kardiologicznych. Probl Hig Epidemiol 2018, 99(2): 108-113
ICD-11	Rejestr Systemów Kodowania (2025). Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych - ICD-11 – polska wersja językowa. Pozyskano z: https://rsk3.ezdrowie.gov.pl/resource/structure/icd11/99ICD1/2023-01/mms/details , dostęp z 31.10.2025
MPZ 2025	Dziennik Urzędowy Ministra Zdrowia (2025). Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 30 czerwca 2025 r. w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych (Dz. Urz. Min. Zdr. 2025 poz. 42). Pozyskano z: https://dziennikmz.mz.gov.pl/legalact/2025/42/ , dostęp z 17.11.2025
Szczeklik 2017	Szczeklik, A., & Gajewski, P. (2017). Interna Szczeklika 2018. Medycyna Praktyczna.
Pozostałe	
ISAP 2016	Internetowy System Aktów Prawnych (2016). Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz.U. 2016 poz. 357 z późn. zm.). Pozyskano z: https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20160000357 , dostęp z 13.11.2025
ISAP 2022	Internetowy System Aktów Prawnych (2022). Uchwała nr 247 Rady Ministrów z dnia 6 grudnia 2022 r. w sprawie ustanowienia programu wieloletniego pn. Narodowy Program Chorób Układu Krążenia na lata 2022-2032 (M.P. 2022 poz. 1265). Pozyskano z: https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WMP20220001265 , dostęp z 14.11.2025
ISAP 2023	Internetowy System Aktów Prawnych (2023). Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U. 2023 poz. 1427 z późn. zm.). Pozyskano z: https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20230001427 , dostęp z 13.11.2025
MZ 2025a	Ministerstwo Zdrowia (2025). Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 17 września 2025 r. w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych na 1 października 2025 r. Załącznik B.101. Leczenie pacjentów z zaburzeniami lipidowymi (ICD-10: E78.01, I21, I22, I25). Pozyskano z: https://www.gov.pl/web/zdrowie/obwieszczenie-ministra-zdrowia-z-dnia-17-wrzesnia-2025-r-w-sprawie-wykazu-refundowanych-lekow-srodkow-spozywczych-specjalnego-przeznaczenia-zywniowego-oraz-wyrobow-medycznych-na-1-pazdziernika-2025-r , dostęp z 14.11.2025 r.
MZ 2025b	Ministerstwo Zdrowia (2025). Narodowy Program Chorób Układu Krążenia na lata 2022-2032. Pozyskano z: https://www.gov.pl/web/zdrowie/narodowy-program-chorob-ukladu-krazenia2 , dostęp z 14.11.2025
NPChUK 2023	Ministerstwo Zdrowia (2023). Narodowy Program Chorób Układu Krążenia na lata 2022-2032. Materiały. Sprawozdanie z realizacji NPChUK za 2022 r. Pozyskano z: https://www.gov.pl/web/zdrowie/narodowy-program-chorob-ukladu-krazenia2 , dostęp z 14.11.2025
NPChUK 2024	Ministerstwo Zdrowia (2024). Narodowy Program Chorób Układu Krążenia na lata 2022-2032. Materiały. Sprawozdanie z realizacji NPChUK za 2023 r. Pozyskano z: https://www.gov.pl/web/zdrowie/narodowy-program-chorob-ukladu-krazenia2 , dostęp z 14.11.2025