

Projekt

z dnia 24 lutego 2026 r.

Zatwierdzony przez

**UCHWAŁA NR
RADY GMINY GRĘBOCICE**

z dnia 3 marca 2026 r.

w sprawie przyjęcia „Programu profilaktyki i wczesnego wykrywania nowotworów gruczołu krokowego w Gminie Grębocice na lata 2026-2030”

Na podstawie art. 7 ust. 1 pkt 5 i art.18 ust. 2 pkt 15 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (t.j. Dz. U. z 2025 r. poz. 1153 z późn. zm.), art. 7 ust. 1 pkt 1 oraz art. 48 ust.1, ust. 3,4 i 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2025 r. poz. 1461 z późn. zm.) w związku z art. 3 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 1670 z późn. zm.), Rada Gminy Grębocice uchwala, co następuje:

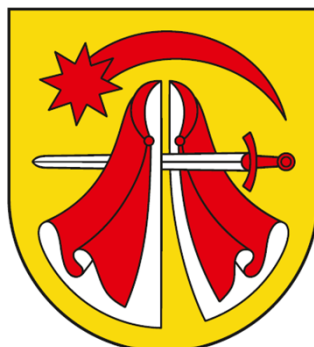
§ 1. Przyjmuje się wieloletni „Program profilaktyki i wczesnego wykrywania nowotworów gruczołu krokowego w Gminie Grębocice na lata 2026-2030”, stanowiący załącznik do niniejszej uchwały.

§ 2. Wykonanie uchwały powierza się Wójtowi Gminy Grębocice.

§ 3. Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Przewodniczący Rady Gminy
Grębocice

Marek Pakiet



Program profilaktyki i wczesnego wykrywania nowotworów gruczołu krokowego w Gminie Grębocice na lata 2026-2030

Podstawa prawna: Art. 48 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych [tekst jedn. Dz.U. 2025 poz. 1461 z późn. zm.]



Grębocice, 2025

Nazwa programu:

Program profilaktyki i wczesnego wykrywania nowotworów gruczołu krokowego w Gminie Grębocice na lata 2026-2030

Okres realizacji programu: 2026-2030

Autorzy programu: dr n. o zdrowiu Karolina Sobczyk

dr n. o zdrowiu Mateusz Grajek

CHILICO – Karolina Sobczyk
Struzika 17d/7, 41-806 Zabrze

Rekomendacja

Program zgodny z rekomendacją nr 40/2025 z dnia 31 marca 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 nowotworów gruczołu krokowego

Kontynuacja/trwałość programu:

Opisywany program polityki zdrowotnej nie stanowi kontynuacji programu polityki zdrowotnej realizowanego w poprzednich latach.

Dane kontaktowe:

Urząd Gminy Grębocice
ul. Głogowska 3
59-150 Grębocice
tel. (076) 8-315-501
sekretariat@grebocice.com.pl

Data opracowania programu: IV kwartał 2025 r.

SPIS TREŚCI

I. Opis choroby lub problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej.....	4
1. Opis problemu zdrowotnego:.....	4
2. Dane epidemiologiczne:	7
3. Opis obecnego postępowania	7
4. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu:	10
II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji.....	12
1. Cel główny	13
2. Cele szczegółowe.....	13
3. Mierniki efektywności odpowiadające celom programu.....	13
III. Charakterystyka populacji docelowej oraz charakterystyka interwencji, jakie są planowane w ramach programu polityki zdrowotnej.....	13
1. Populacja docelowa.....	13
2. Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej.....	14
3. Planowane interwencje.....	15
Sposób informowania o programie polityki zdrowotnej.....	15
Planowane interwencje.....	15
4. Sposób udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach programu polityki zdrowotnej	17
5. Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej.....	17
IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej.....	17
1. Etapy programu polityki zdrowotnej i działania podejmowane w ramach etapów:	17
2. Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych	18
V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej.....	19
1. Monitorowanie	19
2. Ewaluacja	20
VI. Budżet programu polityki zdrowotnej.....	20
1. Koszty jednostkowe	20
2. Planowane koszty całkowite	20
3. Źródło finansowania.....	20
Bibliografia.....	23
Załączniki	25

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

1. Opis problemu zdrowotnego

Choroby nowotworowe stanowią jedną z głównych przyczyn zgonów zarówno wśród mężczyzn, jak i kobiet. W ostatnich latach ich natężenie znacznie się zwiększyło, w związku z czym stały się nie tylko poważnym problemem zdrowotnym, ale też społecznym i ekonomicznym. Najczęstszym nowotworem rozpoznawanym u mężczyzn jest rak gruczołu krokowego. Rak ten jest także drugą najczęstszą przyczyną zgonów nowotworowych u mężczyzn¹. Zachorowalność na ten nowotwór cechuje silny trend wzrostowy, przypisywany zarówno wzrostowi zachorowalności, jak i zmianom w diagnostyce umożliwiającym postawienie rozpoznania u większego odsetka chorych².

Najsilniejszym czynnikiem ryzyka raka gruczołu krokowego jest wiek – 99% przypadków zachorowań rozpoznaje się po 50 roku życia. Największa liczba zachorowań dotyczy chorych w wieku od 65 do 74 lat, a największe ryzyko zachorowania cechuje populację w wieku 70–79 lat³. Na ryzyko zachorowania wpływają także wywiad rodzinny i pochodzenie etniczne. Mężczyźni pochodzenia afrykańskiego mają podwyższone ryzyko, a mężczyźni pochodzenia wschodnioazjatyckiego – obniżone ryzyko w porównaniu z osobami rasy kaukaskiej⁴. Mężczyźni z wywiadem rodzinnym raka gruczołu krokowego lub innych potencjalnie dziedzicznych nowotworów (u krewnych obojga płci) chorują częściej i w młodszy wieku. Mutacje prowadzące do zaburzeń mechanizmów naprawy DNA są czynnikami najczęściej odpowiadającymi za rodzinne występowanie raka stercza. Z kolei do najlepiej udokumentowanych modyfikowalnych czynników ryzyka nowotworu gruczołu krokowego należą: nadmierna masa ciała, hiperinsulinizm, aktywne palenie tytoniu, nadmierne spożycie alkoholu, niska aktywność fizyczna⁵.

Pierwotny rak gruczołu krokowego to w ogromnej większości przypadków rak gruczołowy o różnicowaniu zrazikowym. Nowotwory te mogą przyjmować szereg

¹ Raporty Krajowego Rejestru Nowotworów, onkologia.org.pl.

² Wilson TK, Zishiri OT. Prostate Cancer: A Review of Genetics, Current Biomarkers and Personalised Treatments. *Cancer Rep (Hoboken)*. 2024 Oct;7(10):e70016.

³ Wojciechowska U., Didkowska A., Barańska K. i in., Nowotwory złośliwe w Polsce w 2022 roku. Narodowy Instytut Onkologii, Krajowy Rejestr Nowotworów, Warszawa 2024.

⁴ Hałoń A, Powął A. Rak stercza. W: Nasierowska-Guttmejer A, Górnicka B. (red). Zalecenia do diagnostyki histopatologicznej nowotworów. Centrum Onkologii, Oddział Gliwice, Polskie Towarzystwo Patologów 2013.

⁵ Wysocki P., Chłosta P., Antoniewicz A., Zalecenia postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w raku gruczołu krokowego — stanowisko Polskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej i Polskiego Towarzystwa Urologicznego. *Onkologia w Praktyce Klinicznej – Edukacja*, Tom 10, Nr 1 (2024).

postaci histologicznych, co znajduje zastosowanie w ocenie stopnia zróżnicowania. Oprócz tego, rak gruczołu krokowego może przyjmować wiele rzadkich wariantów morfologicznych (jak np. rak zanikowy, drobnotorbielowaty, śluzotwórczy), których znaczenie polega głównie na konieczności histologicznego odróżnienia od zmian nienowotworowych. Inne, rzadsze typy to raki przewodowe, złożone z większych gruczołów, raki płaskonabłonkowe i z nabłonka dróg moczowych. W części przypadków współwystępują one z gruczolakorakiem zrazikowym. Pierwotne nowotwory innych typów, jak np. neuroendokrynne, stwierdzane są sporadycznie⁶.

Metody diagnozowania i prognozowania w raku gruczołu krokowego pozostają ograniczone, a skutecznych metod leczenia jest niestety niewiele. W diagnostyce stosuje się oznaczanie specyficznego antygenu sterczowego (PSA), badanie per rectum (DRE), biopsję igłową gruczołu krokowego (PNB), biopsję fuzyjną (MRI-TRUS), a także badania obrazowe (ultrasonografię przezodbytniczą, rezonans magnetyczny, tomografię komputerową, scyntyografię, ultrasonografię jamy brzusznej i miednicy). U wybranych chorych na raka gruczołu krokowego prowadzi się także badania molekularne⁷.

Zastosowanie PSA jako markera nowotworowego, którego stężenie w surowicy krwi jest łatwe do określenia, zrewolucjonizowało diagnostykę raka stercza. PSA to białko swoiste narządowo, a nie swoiste dla raka. Z tego powodu stężenie PSA może być podwyższone w stanie zapalnym gruczołu krokowego, czy w łagodnym przerzucie prostaty, a także w innych stanach niezłośliwych. I na odwrót, żadna - nawet niska wartość PSA nie wyklucza możliwości występowania nowotworu złośliwego stercza. Jako zmienna niezależna stężenie PSA jest lepszym predyktorem raka niż badanie stercza przez odbytnicę (DRE). Im wyższe stężenie markera, tym większe prawdopodobieństwo raka, jednakże u wielu mężczyzn, mimo niskiego stężenia PSA w surowicy, może dochodzić do rozwoju nowotworu złośliwego. W przypadku podwyższonego PSA należy rozważyć powtórzenie testu w celu potwierdzenia nieprawidłowości. Stężenie PSA powyżej 3 ng/ml należy traktować jako nieprawidłowe⁸.

Mężczyźni świadomi korzyści i zagrożeń wynikających z badań przesiewowych, którzy oczekują wczesnej diagnozy, powinni być poddani badaniu

⁶ Netto GJ, Mahul BA, Kench JG. Tumours of the prostate. In: WHO Classification of Tumours Editorial Board. ed. Urinary and male genital tumours. International Agency for Research on Cancer, Lyon 2022.

⁷ Bąk S., Budzeń K., Wesołowski P. I in., Review of diagnostic methods for prostate cancer with consideration of MRI-TRUS fusion biopsy. Journal of Education, Health and Sport. 2022;12(9):720-728.

⁸ Wysocki P., Chłosta P., Antoniewicz A., Zalecenia postępowania diagnostyczno-terapeutycznego... op. cit.

DRE i oznaczeniu PSA. Zastosowanie samego DRE w warunkach podstawowej opieki zdrowotnej charakteryzuje się niską czułością i swoistością (<60%), co najprawdopodobniej wynika z braku doświadczenia lekarzy POZ. Dlatego też badanie to nie może być badaniem wykluczającym⁹. Należy wykonywać PSA dobrze poinformowanym mężczyznom z podwyższonym ryzykiem wystąpienia raka gruczołu krokowego tj. m.in. mężczyznom od 50. roku życia, mężczyznom pochodzenia afrykańskiego od 45. roku życia, a także mężczyznom - nosicielom mutacji BRCA2 od 40 roku życia. Decyzję o badaniu w kierunku raka gruczołu krokowego należy świadomie podejmować lub odrzucać na podstawie oczekiwanej długości życia i stanu sprawności. Mężczyźni, których oczekiwana długość życia wynosi poniżej 15 lat, prawdopodobnie nie odniosą korzyści z badań przesiewowych¹⁰.

Jedynym sposobem wyleczenia chorych na raka gruczołu krokowego jest leczenie miejscowe o założeniu radykalnym. Chirurgiczne leczenie tego typu to radykalna prostatektomia polegająca na całkowitym usunięciu stercza wraz z pęcherzykami nasiennymi i regionalnymi węzłami chłonnymi (wykonana metodą otwartą lub laparoskopową). Radykalne wycięcie stercza jest uzasadnione u chorych niskiego, pośredniego i wysokiego ryzyka ze spodziewanym przeżyciem powyżej 10 lat, akceptujących taki sposób leczenia. U chorych, u których ryzyko progresji nowotworu w ciągu 10 lat jest znikome, stosuje się leczenie odroczone, obejmujące aktywny nadzór oraz baczna obserwację. W praktyce oznacza to prowadzenie obserwacji stanu chorego i wdrożenie leczenia w chwili stwierdzenia progresji raka stercza. Celem takiego postępowania jest ograniczenie ryzyka niekorzystnych następstw leczenia radykalnego. Wśród pozostałych metod leczenia raka gruczołu krokowego wymienia się także terapię ogniskową, możliwą do zastosowania u mężczyzn na wcześniejszym etapie choroby, z większą skłonnością do jednoogniskowej lub jednostronnej choroby. Do technologii ablacyjnych używanych do terapii ogniskowej należą m.in. krioterapia i terapia fotodynamiczna. Również współczesna radioterapia, obok chirurgii, jest podstawową metodą miejscowego leczenia raka stercza stosowaną zarówno we wczesnym, jak i bardziej zaawansowanym stadium choroby¹¹.

⁹ Naji L, Randhawa H, Sohani Z, et al. Digital Rectal Examination for Prostate Cancer Screening in Primary Care: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Ann Fam Med*. 2018; 16(2): 149–154,

¹⁰ Wysocki P., Chłosta P., Antoniewicz A., Zalecenia postępowania diagnostyczno-terapeutycznego... op. cit.

¹¹ Ibidem.

2. Dane epidemiologiczne

Nowotwory złośliwe stanowią poważny globalny problem zdrowotny, są jedną z głównych przyczyn zachorowalności i umieralności. Szacuje się, że w roku 2022 odnotowano na świecie 20 mln nowych przypadków raka i 9,7 mln zgonów z przyczyn nowotworowych. Globalnie około 1 na 5 osób zapada na raka w ciągu swojego życia, a około 1 na 9 mężczyzn i 1 na 12 kobiet umiera z powodu tej choroby. Rak płuc jest najczęściej występującym nowotworem na świecie (12,4% wszystkich nowych przypadków), na drugim miejscu znajduje się rak piersi u kobiet (11,6%), a następnie rak jelita grubego (9,6%), rak prostaty (7,3%) i rak żołądka (4,9%). Nowotwór płuc jest główną przyczyną zgonów z powodu raka (18,7% wszystkich zgonów z powodów nowotworowych), następnie jest to rak jelita grubego (9,3%), rak wątroby (7,8%), rak piersi (6,9%) i rak żołądka (6,8%)¹².

Nowotwory stanowią także istotny problem epidemiologiczny i społeczny w Polsce. Liczba zachorowań na nowotwory złośliwe w okresie ostatnich dekad (1999-2023) wzrosła o 67%, osiągając w 2023 roku prawie 193 tys. zachorowań, z czego prawie 97 tys. u mężczyzn i prawie 96 tys. u kobiet. Standaryzowany współczynnik zachorowalności na 100 tys. ludności (ASW) wyniósł 253,3. W województwie dolnośląskim w roku 2023 odnotowano ponad 14,6 tys. zachorowań (ASW=245,85). Najczęściej występującymi nowotworami u mężczyzn w roku 2023 w Polsce były: rak gruczołu krokowego (24,5%), rak oskrzela i płuca (12,6%), inny niż czerniak rak złośliwy skóry (9,5%) oraz rak jelita grubego (6,6%). Liczba zgonów na nowotwory złośliwe w okresie ostatnich dekad (1999-2023) wzrosła o 22,1%, osiągając w 2023 roku ponad 99,6 tys., z czego ponad 53,3 tys. u mężczyzn i ponad 46,3 tys. u kobiet. Standaryzowany współczynnik umieralności na 100 tys. ludności (ASW) wyniósł 110,13. W województwie dolnośląskim w roku 2023 odnotowano prawie 8 tys. zgonów (ASW=113,59). Najczęstszymi przyczynami zgonów z powodów nowotworowych w roku 2023 wśród mężczyzn w Polsce były: rak oskrzela i płuca (25,4%), rak gruczołu krokowego (11%), rak jelita grubego (7,9%) oraz pęcherza moczowego (5,6%)¹³.

W województwie dolnośląskim w roku 2023 nowotwór gruczołu krokowego był najczęstszym diagnozowanym nowotworem i stanowił ok. 20% ogółu nowych rozpoznań nowotworowych wśród mężczyzn (1 428 przypadków). Rak ten

¹² Global cancer burden growing, amidst mounting need for services, 1 February 2024 News release Lyon, France; Geneva, Switzerland, www.who.int.

¹³ Raporty Krajowego Rejestru Nowotworów, onkologia.org.pl [dostęp: 11.11.2025 r.].

odpowiadał także za ok. 10,3% ogółu zgonów z powodu chorób nowotworowych w tej grupie (436 przypadków). W województwie odnotowano niższy, w porównaniu do kraju, standaryzowany współczynnik zachorowalności na raka gruczołu krokowego oraz niższy standaryzowany współczynnik umieralności z powodu tego nowotworu. W powiecie polkowickim, na terenie którego położona jest gmina Grębocice, współczynnik zachorowalności na raka gruczołu krokowego był wyższy, w porównaniu do województwa. Wyższy, w porównaniu do województwa i kraju, był także współczynnik umieralności z powodu omawianego nowotworu (tabela I-II).

Tab. I. Zachorowania na nowotwory złośliwe wśród mężczyzn w Polsce, w województwie dolnośląskim oraz w powiecie polkowickim w roku 2023

ICD-10	Lokalizacja nowotworu	Polska		województwo dolnośląskie		powiat polkowicki	
		Liczba	ASW	Liczba	ASW	Liczba	ASW
C00-C97	Nowotwory ogółem	96 925	275,25	7 101	259,18	139	271,34
C61	Nowotwór złośliwy gruczołu krokowego	23 710	61,90	1 428	47,34	33	57,50

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Krajowego Rejestru Nowotworów

Tab. II. Zgony z powodu nowotworów złośliwych wśród mężczyzn w Polsce, w województwie dolnośląskim oraz w powiecie polkowickim w roku 2023

ICD-10	Lokalizacja nowotworu	Polska		województwo dolnośląskie		powiat polkowicki	
		Liczba	ASW	Liczba	ASW	Liczba	ASW
C00-C97	Nowotwory ogółem	53 322	140,74	4 253	146,03	96	174,00
C61	Nowotwór złośliwy gruczołu krokowego	5 859	13,46	436	13,37	10	15,47

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Krajowego Rejestru Nowotworów

Standaryzowany współczynnik zachorowalności na raka gruczołu krokowego w powiecie polkowickim wzrósł w okresie 2013-2023 o 73,6% (w roku 2013 wynosił 32,12/100 tys. ludności). Z kolei standaryzowany współczynnik umieralności z powodu raka gruczołu krokowego wzrósł w tym samym okresie o 15,6% (w roku 2013 wynosił 13,38/100 tys. ludności)¹⁴.

Zgodnie z danymi z map potrzeb zdrowotnych w Polsce w roku 2023 chorobowość szpitalna z powodu nowotworów złośliwych męskich narządów płciowych wyniosła 234,5/100 tys. ludności. W analogicznym okresie w województwie dolnośląskim było to 230,7/100 tys. ludności, a w powiecie polkowickim –

¹⁴ Ibidem.

242,6/100 tys. ludności. Wartość ta była zatem wyższa od ogólnopolskiej, a także znacznie wyższa od tej odnotowanej w roku 2016 (57,7/100 tys.).

3. Opis obecnego postępowania

Pacjenci dotknięci problemem chorób nowotworowych mają prawo do korzystania ze świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, leczenia ambulatoryjnego i szpitalnego, rehabilitacji leczniczej oraz lecznictwa uzdrowiskowego. Świadczenia te finansowane są ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia. Osoby z podejrzeniem choroby onkologicznej oraz chorzy ze stwierdzonym nowotworem od roku 2015 mogą korzystać z tzw. szybkiej terapii onkologicznej, zapewniającej kompleksową opiekę na każdym etapie choroby¹⁵. Ponadto w opiece ambulatoryjnej gwarantuje się pacjentom onkologicznym m.in. prawo do korzystania ze specjalistycznej porady w zakresie onkologii, leczenia bólu, chirurgii onkologicznej, a także licznych badań diagnostycznych¹⁶. W zakresie leczenia szpitalnego wśród dostępnych świadczeń są m.in.: leczenie chirurgiczne, leczenie radioterapią, leczenie chemioterapią, leczenie brachyterapią, leczenie systemowe oraz chirurgia rekonstrukcyjna i plastyczna¹⁷. Rehabilitacja lecznicza obejmować może w takich przypadkach świadczenia realizowane w warunkach ambulatoryjnych (poradnie rehabilitacyjne), domowych, dziennych (ośrodki/oddziały dzienne rehabilitacji) lub stacjonarnych (oddziały rehabilitacji w warunkach szpitalnych)¹⁸. Pacjenci z chorobą nowotworową mogą również korzystać ze świadczeń gwarantowanych z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego, stanowiącego integralny element profilaktyki wtórnej¹⁹.

W związku z faktem, iż nowotwory złośliwe są poważnym zagrożeniem dla polskiej populacji, stwarzającym problemy zarówno na poziomie jednostki, jak i państwa, realizowana jest obecnie Narodowa Strategia Onkologiczna na lata 2020-2030 (NSO), stanowiąca kontynuację realizowanego w latach 2006-2020 Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych. Najważniejszym celem

¹⁵ Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych [Tekst jedn. Dz.U. 2024 poz. 146 z późn. zm.]

¹⁶ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej [Tekst jedn. Dz.U. 2016 poz. 357 ze zm.].

¹⁷ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego [Tekst jedn. 2023 poz. 870 ze zm.].

¹⁸ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej [tekst jedn. Dz.U. 2021 poz. 265].

¹⁹ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 lipca 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego [tekst jedn. Dz.U. 2022 poz. 1406].

NSO jest zwiększenie liczby osób przeżywających 5 lat od zakończenia terapii onkologicznej oraz zmniejszenie zapadalności na choroby nowotworowe. Poprawie ma ulec również jakość życia pacjentów w trakcie leczenia onkologicznego, jak i po jego zakończeniu. NSO wytycza kierunki rozwoju systemu opieki zdrowotnej w zakresie onkologii, wskazując na 5 obszarów, które są kluczowe dla odwrócenia niekorzystnych trendów epidemiologicznych, poprawy skuteczności terapii onkologicznych i dostosowania rozwiązań systemowych do potrzeb pacjentów z chorobą nowotworową. Z punktu widzenia problematyki poruszanej w PPZ za najistotniejszy uznać należy cel w obszarze inwestycji w system opieki onkologicznej tj. poprawę organizacji systemu opieki onkologicznej przez zapewnienie pacjentom dostępu do najwyższej jakości procesów diagnostyczno-terapeutycznych oraz kompleksowej opieki na całej „ścieżce pacjenta”²⁰.

W ramach świadczeń gwarantowanych od maja 2025 realizowany jest także program „Moje zdrowie” dedykowany osobom po 20 r.ż. Cele omawianego programu ogólnopolskiego są następujące: wdrożenie nawyku systematycznego wykonywania bilansu swojego zdrowia, wczesne wykrywanie chorób cywilizacyjnych, lepsze przygotowanie do konsultacji u lekarza, wzmocnienie roli lekarzy POZ w profilaktyce, motywacja do dbania o siebie, przyjmowania zalecanych szczepionek, prowadzenia zdrowszego trybu życia, korzystania z porad z zakresu profilaktyki. Program zakłada realizację podstawowych badań diagnostycznych co 5 lat (populacja 20-49 lat) lub co 3 lata (populacja 50+). W pakiecie badań diagnostycznych dla mężczyzn dostępne jest co prawda badanie PSA²¹, lecz program ten nie obejmuje działań edukacyjnych z obszaru profilaktyki nowotworów gruczołu krokowego, a także nie skupia się wprost na tym problemie zdrowotnym. Co więcej, w ramach programu badanie PSA w populacji 50+ można wykonywać co 3 lata, podczas gdy rekomendacje naukowe wskazują na konieczność jego powtarzania nawet co 12 miesięcy²².

4. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu:

Nowotwory gruczołu krokowego stanowią istotne zagrożenie zdrowotne wśród mężczyzn w Gminie Grębocice. Działania z zakresu profilaktyki pierwotnej

²⁰ Uchwała nr 10 Rady Ministrów z dnia 4 lutego 2020 r. w sprawie przyjęcia programu wieloletniego pn. Narodowa Strategia Onkologiczna na lata 2020-2030 [M.P. 2020 poz. 189].

²¹ Serwis Ministerstwa Zdrowia: Program Moje Zdrowie, pacjent.gov.pl/program-moje-zdrowie.

²² Rekomendacja nr 40/2025 z dnia 31 marca 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 nowotworów gruczołu krokowego, bip.aotm.gov.pl.

mogą skutkować zmniejszeniem liczby nowych zachorowań, a wczesna diagnostyka znacząco zwiększa szanse na skuteczne leczenie. Wdrożenie programu uzasadniają dane epidemiologiczne – w powiecie polkowickim występuje wyższy, w porównaniu do województwa dolnośląskiego i kraju, standaryzowany współczynnik umieralności z powodu raka gruczołu krokowego. Ponadto, w powiecie w ostatniej dekadzie, dla nowotworów o tej lokalizacji, odnotowano wyraźny, ponad 73% wzrost wartości współczynnika zachorowalności, a także znaczny wzrost współczynnika umieralności. Dodatkowo, w powiecie występuje wyższy, w porównaniu do kraju, wskaźnik chorobowości szpitalnej z powodu nowotworów męskich narządów płciowych, do których zaliczany jest rak gruczołu krokowego. Wdrożenie działań proponowanych w programie może poprawić świadomość zdrowotną mężczyzn oraz ich dostęp do badań diagnostycznych na terenie gminy. Inwestycja w profilaktykę nowotworów gruczołu krokowego przyniesie długoterminowe korzyści zdrowotne i ekonomiczne, zmniejszając koszty leczenia zaawansowanych nowotworów oraz poprawiając jakość życia mężczyzn w regionie.

Działania możliwe do realizacji w planowanym programie polityki zdrowotnej wpisują się w następujące krajowe dokumenty strategiczne w zakresie ochrony zdrowia:

1. Strategia Zdrowa Przyszłość Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030r.²³: Obszar Pacjent Cel 1.4 [Zdrowie publiczne] Rozwój profilaktyki, skuteczna promocja zdrowia i postaw prozdrowotnych; Kierunek interwencji 1: Rozwój profilaktyki, skuteczna promocja zdrowia i postaw prozdrowotnych:
Narzędzie 1.1 Realizacja programów profilaktycznych,
Narzędzie 1.3 Wsparcie działań w kierunku kształtowania i rozwoju postaw prozdrowotnych oraz przedsięwzięć promujących zdrowy styl życia;
2. Narodowy Program Zdrowia na lata 2021-2025²⁴: Cel operacyjny 5: Wyzwania demograficzne;
3. Narodowa Strategia Onkologiczna na lata 2020-2030²⁵: Obszar 5: Inwestycje w system opieki onkologicznej;

²³ Uchwała nr 196/2021 Rady Ministrów z dnia 27 grudnia 2021 r. [www.gov.pl/web/zdrowie].

²⁴ Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 marca 2021 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021–2025 [Dz.U. 2021 poz. 642].

²⁵ Uchwała nr 10 Rady Ministrów z dnia 4 lutego 2020 r. w sprawie... op. cit.

4. Mapa Potrzeb Zdrowotnych na okres 2022-2026²⁶: rekomendowane kierunki działań na terenie województwa dolnośląskiego: Obszar czynniki ryzyka i profilaktyka: Rekomendacja 3.2. Należy podejmować działania mające na celu propagowanie zdrowego stylu życia. Istotna jest edukacja zdrowotna społeczeństwa oraz działania z zakresu profilaktyki zdrowotnej, na które należy zwiększyć nakłady finansowe;
5. Mapa Potrzeb Zdrowotnych na okres 2027-2031²⁷: rekomendacje dla województwa dolnośląskiego: Obszar demografia, rekomendacja 1.2. Podejmowanie działań z zakresu zdrowia publicznego i promocji zdrowia z uwzględnieniem specyficznych potrzeb zdrowotnych mężczyzn, w szczególności mieszkających na wsi; Obszar czynniki ryzyka i profilaktyka, rekomendacja 2.2. Promowanie profilaktyki nowotworowej;
6. Wojewódzki plan transformacji województwa dolnośląskiego na lata 2022-2026²⁸ - 2.1. Obszar czynniki ryzyka i profilaktyka: Rekomendacja 1.2. Należy podejmować działania mające na celu propagowanie zdrowego stylu życia. Istotna jest edukacja zdrowotna społeczeństwa oraz działania z zakresu profilaktyki zdrowotnej, na które należy zwiększyć nakłady finansowe.

²⁶ Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2021 r. w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych [DZ. URZ. Min. Zdr. 2021.69].

²⁷ Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 30 czerwca 2025 r. w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych [DZ. URZ. Min. Zdr. 2025.42].

²⁸ Obwieszczenie Wojewody Dolnośląskiego z dnia 31 grudnia 2024 r. w sprawie aktualizacji wojewódzkiego planu transformacji województwa dolnośląskiego na lata 2022-2026 [DZ. URZ. WOJ. 2024.6680].

II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji

1. Cel główny

Podniesienie lub utrzymanie w trakcie trwania programu, wysokiego poziomu wiedzy w zakresie potencjalnych czynników ryzyka choroby, ryzyka zdrowotnego oraz korzyści i szkód wynikających z badań przesiewowych w kierunku wczesnego wykrywania raka gruczołu krokowego, wśród co najmniej 70%* uczestników działań edukacyjnych.

2. Cel szczegółowy

Zwiększenie o co najmniej 5%* w okresie trwania całego programu, odsetka mężczyzn z grupy wysokiego ryzyka z nieprawidłowym poziomem stężenia PSA skierowanych na dalszą diagnostykę w ramach środków NFZ (POZ lub AOS).

* Wartości docelowe przyjęto na podstawie doświadczeń innych JST w zakresie działań realizowanych w ramach programów polityki zdrowotnej, a także rekomendacji eksperta w obszarze zdrowia publicznego

3. Mierniki efektywności odpowiadające celom programu

Tab. III. Mierniki efektywności

Cel	Miernik efektywności
Główny	Odsetek osób, u których w post-teście utrzymano lub uzyskano wysoki poziom wiedzy (min. 80% poprawnych odpowiedzi) w zakresie profilaktyki RGK, względem wszystkich osób uczestniczących w działaniach edukacyjnych, które wypełniły pre-test (Iloraz liczby osób z wysokim poziomem wiedzy w post-teście w stosunku do liczby wszystkich uczestników)
Szczegółowy	Odsetek osób, u których podczas badania przesiewowego wykryto nieprawidłowy poziom stężenia PSA i którzy zostali skierowani na dalszą diagnostykę w ramach NFZ (POZ lub AOS), w stosunku do wszystkich uczestników badań przesiewowych prowadzonych w programie (Iloraz liczby wszystkich osób z nieprawidłowym wynikiem PSA skierowanych na dalszą diagnostykę urologiczną w okresie trwania programu w stosunku do liczby osób objętych badaniami przesiewowymi prowadzonymi w programie programu)

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

1. Populacja docelowa

Program będzie skierowany do mężczyzn zamieszkujących Gminę Grębocice. Działania edukacyjne zaplanowano dla ogółu dorosłych mężczyzn.

Populacja ta liczy łącznie ok. 2,1 tys. mężczyzn²⁹. Lekarskie wizyty kwalifikujące do programu wraz z edukacją zdrowotną realizowane będą w populacji mężczyzn w wieku 50-69 lat bez dodatkowych czynników ryzyka oraz w populacji 40-49 lat z dodatkowymi czynnikami ryzyka, zgodnie z kryteriami kwalifikacji. Populacja mężczyzn w wieku 50-69 lat liczy w gminie łącznie ok. 675 osób. Badania diagnostyczne PSA (przesiew oportunistyczny) realizowane będą wśród mężczyzn, którzy na wizycie kwalifikacyjnej po edukacji zdrowotnej uzyskali wynik post-testu wskazujący na wysoki poziom wiedzy (min. 80% poprawnych odpowiedzi). Opierając się na danych dot. średniej zgłaszalności w realizowanym przez NFZ programie profilaktyki raka jelita grubego w Gminie Grębocice (14,1%)³⁰, szacuje się, że populacja docelowa w programie to maksymalnie 20% spośród ww. 675 mężczyzn, zatem ok. 135 osób rocznie. Pacjenci będą przyjmowani do programu zgodnie z kolejnością zgłoszeń.

2. Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej

1) Działania edukacyjne (populacja ogólna mężczyzn)

Kryteria włączenia:

- pleć męska
- wiek 18 lat i więcej
- zamieszkiwanie na terenie Gminy Grębocice
- polskie obywatelstwo

Kryteria wyłączenia: brak

2) Lekarska wizyta kwalifikująca do programu wraz z edukacją zdrowotną

Kryteria włączenia:

- pleć męska
- wiek:
 - 50-69 lat niezależnie od dodatkowych czynników ryzyka
 - 45-49 lat w przypadku historii zachorowania na raka gruczołu krokowego poniżej 50 r.ż. u krewnego w pierwszym stopniu pokrewieństwa i/lub w przypadku potwierdzonego nosicielstwa mutacji genów BRCA1/2
 - 40-44 lat w przypadku potwierdzonego nosicielstwa mutacji genów BRCA1/2
- zamieszkiwanie na terenie Gminy Grębocice
- polskie obywatelstwo

Kryteria wyłączenia:

wykonywanie badania PSA w okresie ostatnich 12 miesięcy przed zgłoszeniem się do programu (oświadczenie pisemne pacjenta)

3) Przesiew oportunistyczny (pomiar stężenia PSA)

Kryteria włączenia:

²⁹ Bank Danych Lokalnych, bdl.stat.gov.pl.

³⁰ Dane o realizacji programów profilaktycznych, Według stanu na dzień 1 czerwca 2025 r., www.nfz.gov.pl.

spełnianie kryteriów kwalifikacji dla wizyty kwalifikującej
wysoki poziom wiedzy w zakresie potencjalnych czynników ryzyka choroby, ryzyka zdrowotnego oraz korzyści i szkód wynikających z badań przesiewowych w kierunku wczesnego wykrywania raka gruczołu krokowego (min. 80% poprawnych odpowiedzi w post-teście)
pisemna zgoda na udział w badaniu

Kryteria wyłączenia:

wykonywanie badania PSA w okresie ostatnich 12 miesięcy przed zgłoszeniem się do programu (oświadczenie pisemne pacjenta)

4) Lekarska wizyta kontrolna

Kryteria włączenia:

udział w przesiewie oportunistycznym

Kryteria wyłączenia: brak

3. Planowane interwencje

Sposób informowania o programie polityki zdrowotnej

Kampania informacyjna prowadzona będzie przez realizatora w ramach współpracy z Urzędem Gminy Grêbocice oraz placówkami POZ, AOS, organizacjami pozarządowymi, a także z lokalnymi mediami (radio, prasa, media społecznościowe). Informacje o programie dostępne będą w siedzibie realizatora, a także w miejscach użyteczności publicznej, w tym w Urzędzie Gminy Grêbocice (informacje opublikowane m.in. w formie komunikatów na stronie internetowej, plakatów na tablicach ogłoszeń). Wybór konkretnych sposobów dystrybucji i rozpowszechnienia informacji o programie ostatecznie zależy będzie od wyboru narzędzi przez realizatora w złożonej ofercie.

Planowane interwencje

1) Działania edukacyjne (populacja ogólna mężczyzn)

obejmujące kampanię informacyjno-edukacyjną mającą na celu podniesienie świadomości populacji ogólnej mężczyzn nt. profilaktyki raka gruczołu krokowego, w tym m.in. na temat:

- czynników ryzyka raka gruczołu krokowego,
- sposobów eliminowania lub ograniczania modyfikowalnych czynników ryzyka raka gruczołu krokowego (zmiana stylu życia, wdrażanie aktywności fizycznej, stosowanie odpowiedniej diety, unikanie alkoholu i tytoniu),
- pierwszych objawów raka gruczołu krokowego,
- założeń przesiewu oportunistycznego (populacja docelowa, bezpieczeństwo i skuteczność badań, ryzyko wyników fałszywie dodatnich),

realizowane przez personel medyczny udzielający świadczeń w ramach PPZ, przekazujący uczestnikom informacje na temat programu oraz korzyści płynących z udziału w nim,

realizowane za pomocą metod podających (np. ulotki/plakaty/broszury informacyjno-edukacyjne, ogłoszenia w social mediach, posty na stronie internetowej Urzędu Gminy Grębocice, realizatora, wybranych podmiotów leczniczych, publikacje w lokalnych mediach itp.),

realizowane z możliwością wykorzystania materiałów edukacyjnych przygotowanych przez instytucje zajmujące się profilaktyką i promocją zdrowia (np.: materiały edukacyjne opracowane przez Ministerstwo Zdrowia, NFZ, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH, Polskie Towarzystwo Ginekologii Onkologicznej, Krajowy Rejestr Nowotworów),

realizowane z uwzględnieniem dostosowania języka i zakresu tematycznego podejmowanych działań do odbiorców przekazu;

2) Lekarska wizyta kwalifikująca do programu wraz z edukacją zdrowotną, obejmująca:
stwierdzenie spełniania wszystkich kryteriów kwalifikacji do programu,

stwierdzenie braku przeciwwskazań do udziału w programie,

przekazanie uczestnikowi niezbędnych informacji dotyczących właściwego przygotowania do badania PSA (m. in. informacje w kwestii czynników, które mogą tymczasowo podnieść/obniżyć poziom PSA, np.: intensywne ćwiczenia, współżycie seksualne/ejakulacja w ciągu ostatnich 48 godzin, obecne aktywne zakażenie układu moczowego, infekcje, zabiegi, urazy),

omówienie ewentualnych korzyści i szkód wynikających z prowadzenia badań przesiewowych w kierunku raka gruczołu krokowego,

uzyskanie świadomej zgody pacjenta na udział w badaniu,

indywidualną edukację zdrowotną pacjenta w zakresie czynników ryzyka, przebiegu oraz profilaktyki raka gruczołu krokowego wraz z badaniem poziomu wiedzy przy zastosowaniu opracowanego przez realizatora pre-testu przed edukacją oraz post-testu po edukacji, uwzględniającego min. 10 pytań zamkniętych (wzór testu – załącznik nr 4),

zapewnienie możliwości ponownej edukacji zdrowotnej i ponownego wypełnienia post-testu - jeśli uczestnik nie uzyskał w post-teście wyniku wskazującego na wysoki poziom wiedzy;

3) Przesiew oportunistyczny (pomiar stężenia PSA)

pobranie próbki krwi żyłnej w celu oznaczenia poziomu PSA,

oznaczenie poziomu PSA;

4) Lekarska wizyta kontrolna, obejmująca:

przeprowadzenie interpretacji wyniku badania przesiewowego i przekazanie uczestnikowi zaleceń odnośnie dalszego postępowania:

- w przypadku uzyskania wartości stężenia PSA <3 ng/ml - pacjent zostaje poinformowany przez lekarza o konieczności wykonywania badań kontrolnych co 1-2 lata oraz otrzyma broszurę z informacjami na ww. temat
- w przypadku uzyskania wartości stężenia PSA ≥ 3 ng/ml - pacjent kierowany jest do podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) lub ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS), prowadzącej dalszą diagnostykę poza programem

przekazanie ankiety satysfakcji uczestnika PPZ (wzór – załącznik 3).

W ramach realizacji poszczególnych działań PPZ należy wypełnić odpowiednie pola karty uczestnika programu (załącznik 1).

Dowody skuteczności planowanych działań

Wszystkie zaplanowane w programie interwencje są skuteczne i bezpieczne dla uczestników, zgodne z rekomendacjami klinicznymi wielu organizacji, w tym Polskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej i Polskiego Towarzystwa Urologicznego³¹, a także z Rekomendacją nr 40/2025 z dnia 31 marca 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 nowotworów gruczołu krokowego³².

4. Sposób udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach programu polityki zdrowotnej

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. Świadczenia udzielane w ramach programu nie będą powielały u danego pacjenta świadczeń finansowanych w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia, co zostało uwzględnione w kryteriach wyłączenia.

5. Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej

ukończenie uczestnictwa w lekarskiej wizycie kwalifikującej wraz z edukacją zdrowotną – przy braku kwalifikacji lub braku zgody na wykonanie badania przesiewowego
wykonanie badania przesiewowego i udział w lekarskiej wizycie kontrolnej
zgłoszenie przez uczestnika chęci zakończenia udziału w PPZ na dowolnym jego etapie

IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej

1. Etapy programu polityki zdrowotnej i działania podejmowane w ramach etapów:

- 1) opracowanie projektu programu polityki zdrowotnej (IV kwartał 2025);
- 2) przesłanie do Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji oświadczenia o zgodności programu z właściwą rekomendacją oraz zaopiniowanie programu przez Wojewodę Dolnośląskiego (IV kwartał 2025-I kwartał 2026)

³¹ Wysocki P., Chłosta P., Antoniewicz A., Zalecenia postępowania diagnostyczno-terapeutycznego... op. cit.

³² Rekomendacja nr 40/2025 z dnia 31 marca 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 nowotworów gruczołu krokowego**bip.aotm.gov.pl**.

- 3) uchwalenie programu przez organ uchwałodawczy (I kwartał 2026);
- 4) przygotowanie i przeprowadzenie procedury konkursowej - wyłonienie realizującego program podmiotu, spełniającego warunki określone w dalszej części projektu (I kwartał 2026);
- 5) podpisanie umowy na realizację programu (I kwartał 2026);
- 6) realizacja programu wraz z bieżącym monitoringiem (2026-2030);
 - realizacja działań edukacyjnych
 - realizacja lekarskich wizyt kwalifikujących i edukacji zdrowotnej,
 - realizacja badań przesiewowych (PSA),
 - realizacja wizyt kontrolnych,
 - bieżące monitorowanie;
- 7) zakończenie realizacji PPZ (IV kwartał 2030);
- 8) rozliczenie finansowania PPZ (IV kwartał 2030);
- 9) przeprowadzenie ewaluacji programu, opracowanie raportu końcowego z realizacji PPZ i przesłanie go do AOTMiT, wraz z załączonym pierwotnym PPZ, który został wdrożony do realizacji (I kwartał 2031).

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

Koordynatorem programu będzie Urząd Gminy Grębocice. Podmiot, wyłoniony w drodze konkursu ofert, musi spełniać następujące wymagania formalne:

- prowadzenie działalności gospodarczej w obszarze ochrony zdrowia,
- wpis do rejestru przedsiębiorców KRS lub CEIDG na podstawie ustawy z dnia 6 marca 2018 r. - Prawo przedsiębiorców (tekst jedn. Dz.U. 2025 r. poz. 1480),
- wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, prowadzonego na podstawie ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tekst jedn. Dz.U. 2025 poz. 450 z późn. zm.),
- zapewnienie realizowania lekarskiej wizyty kwalifikującej do programu wraz z edukacją zdrowotną oraz lekarskiej wizyty kontrolnej przez lekarza,
- zapewnienie wykonywania badań diagnostycznych PSA w medycznym laboratorium diagnostycznym wpisanym do ewidencji Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych,
- posiadanie sprzętu komputerowego i oprogramowania umożliwiającego gromadzenie i przetwarzanie danych uzyskanych w trakcie realizacji programu.

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. Podmiot realizujący interwencje w programie będzie zobowiązany do prowadzenia i przechowywania dokumentacji medycznej w formie elektronicznej w arkuszu kalkulacyjnym (załącznik 1), a także do przekazywania uczestnikom ankiet satysfakcji pacjenta (załącznik 3). Ponadto realizator będzie przekazywał koordynatorowi raporty okresowe, a także sporządzi sprawozdanie końcowe z przeprowadzonych interwencji (załącznik 2). W załącznikach do PPZ przedstawiono wzory ww. dokumentów – mogą być one modyfikowane wyłącznie w sposób pozwalający na pozyskanie wszystkich informacji niezbędnych dla monitorowania i ewaluacji PPZ. Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych w programie będzie zobowiązany prowadzić, przechowywać i udostępniać dokumentację medyczną w sposób zgodny z Ustawą z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, Ustawą z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, a także Ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych.

V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej

1. Monitorowanie

1) Ocena zgłaszalności do programu na podstawie następujących mierników:

liczba osób, które uczestniczyły w działaniach edukacyjnych (np. liczba rozdanych ulotek, wywieszonych plakatów, pobrań materiałów edukacyjnych itp.)

liczba osób, które wzięły udział w lekarskiej wizycie kwalifikującej i edukacji zdrowotnej

liczba osób, które na wizycie kwalifikującej odmówiły wzięcia udziału w badaniu stężenia PSA

liczba osób, które zostały poddane badaniu stężenia PSA

liczba osób, które wzięły udział w lekarskiej wizycie kontrolnej

liczba osób, które nie zostały objęte PPZ z powodów zdrowotnych lub z innych powodów

liczba osób, które zrezygnowały z udziału w programie przed jego zakończeniem

2) Ocena jakości świadczeń w programie na podstawie:

wyników ankiety satysfakcji uczestników programu (załącznik nr 3)

ewentualnych pisemnych uwag przekazywanych do realizatora programu

2. Ewaluacja

Ocena efektywności programu prowadzona na podstawie następujących mierników efektywności:

odsetek osób, u których w post-teście utrzymano lub uzyskano wysoki poziom wiedzy (min. 80% poprawnych odpowiedzi) w zakresie profilaktyki RGK, względem wszystkich osób uczestniczących w działaniach edukacyjnych, które wypełniły pre-test

odsetek osób, u których podczas badania przesiewowego wykryto nieprawidłowy poziom stężenia PSA i którzy zostali skierowani na dalszą diagnostykę w ramach NFZ (POZ lub AOS), w stosunku do wszystkich uczestników badań przesiewowych prowadzonych w programie

odsetek osób z grupy ryzyka, którzy ostatecznie zdecydowali się wziąć udział w badaniach przesiewowych

odsetek osób, u których wykonano badanie stężenia PSA

VI. Budżet programu polityki zdrowotnej

1. Koszty jednostkowe

W tabeli IV przedstawiono szacunkowe koszty jednostkowe interwencji wchodzących w skład PPZ. Faktyczne koszty wynikały będą z oferty złożonej przez podmioty, które przystąpią do konkursu na wybór realizatora programu polityki zdrowotnej.

Tab. IV. Szacunkowe koszty jednostkowe interwencji wchodzących w skład PPZ

Nazwa interwencji	Koszt interwencji (z³)
1. Lekarska wizyta kwalifikuj¹ca do programu wraz z edukacj¹ zdrowotn¹	150,00
2. Przesiew oportunistyczny (pomiar stê¿enia PSA)	50,00
3. Lekarska wizyta kontrolna	150,00

2. Planowane koszty całkowite

W tabeli V i VI przedstawiono szacunkowe całkowite koszty programu.

Tab. V. Szacunkowe koszty całkowite programu w podziale na poszczególne interwencje

Rodzaj kosztu	Liczba	Jedn.	Cena (z³)	Wartoœæ (z³)
1. Lekarska wizyta kwalifikuj¹ca do programu wraz z edukacj¹ zdrowotn¹	675	osoba	150,00	101 250,00
2. Przesiew oportunistyczny (pomiar stê¿enia PSA)	675	osoba	50,00	33 750,00
3. Lekarska wizyta kontrolna	675	osoba	150,00	101 250,00
Ca³kowite koszty programu				236 250,00

Tab. VI. Szacunkowe koszty programu w podziale na poszczególne lata realizacji

Rodzaj kosztu	Liczba osób	Cena (z³)	Koszt (z³)
1. Lekarska wizyta kwalifikuj¹ca do programu wraz z edukacj¹ zdrowotn¹	135	150,00	20 250,00

2. Przesiew oportunistyczny (pomiar stężenia PSA)	135	50,00	6 750,00
3. Lekarska wizyta kontrolna	135	150,00	20 250,00
Razem w roku 2026			47 250,00
1. Lekarska wizyta kwalifikuj ¹ ca do programu wraz z edukacj ¹ zdrowotn ¹	135	150,00	20 250,00
2. Przesiew oportunistyczny (pomiar stężenia PSA)	135	50,00	6 750,00
3. Lekarska wizyta kontrolna	135	150,00	20 250,00
Razem w roku 2027			47 250,00
1. Lekarska wizyta kwalifikuj ¹ ca do programu wraz z edukacj ¹ zdrowotn ¹	135	150,00	20 250,00
2. Przesiew oportunistyczny (pomiar stężenia PSA)	135	50,00	6 750,00
3. Lekarska wizyta kontrolna	135	150,00	20 250,00
Razem w roku 2028			47 250,00
1. Lekarska wizyta kwalifikuj ¹ ca do programu wraz z edukacj ¹ zdrowotn ¹	135	150,00	20 250,00
2. Przesiew oportunistyczny (pomiar stężenia PSA)	135	50,00	6 750,00
3. Lekarska wizyta kontrolna	135	150,00	20 250,00
Razem w roku 2029			47 250,00
1. Lekarska wizyta kwalifikuj ¹ ca do programu wraz z edukacj ¹ zdrowotn ¹	135	150,00	20 250,00
2. Przesiew oportunistyczny (pomiar stężenia PSA)	135	50,00	6 750,00
3. Lekarska wizyta kontrolna	135	150,00	20 250,00
Razem w roku 2030			47 250,00
Razem w latach 2026-2030			236 250,00

Program zakłada również realizację bieżącego monitoringu w ramach zadań własnych pracowników Urzędu Gminy Grębocice. Działania informacyjne realizowane będą bez dodatkowych kosztów tj. w ramach zadań własnych pracowników Urzędu Gminy Grębocice oraz w ramach współpracy z realizatorem, placówkami POZ/AOS oraz placówkami oświatowymi na terenie Gminy.

Łączny szacowany koszt programu planowany jest na poziomie 236 250 zł. Kwoty przewidywane na realizację programu mogą podlegać modyfikacjom w poszczególnych latach realizacji w zależności od możliwości finansowych Gminy Grębocice, a także mając na uwadze zmiany cen usług w trakcie trwania programu, z uwagi na szeroki zakres proponowanych świadczeń zdrowotnych. Mając powyższe na uwadze, możliwa jest również zmiana liczby uczestników programu. Całkowity koszt realizacji programu uzależniony jest od ceny zaproponowanej przez wykonawców wyłonionych w drodze otwartego konkursu ofert.

3. Źródło finansowania

Program w założeniu finansowany ze środków własnych Gminy Grębocice. Gmina w latach 2026-2030 bierze pod uwagę możliwość starania się o dofinansowanie kosztów działań realizowanych w programie przez Urząd Marszałkowski Województwa Dolnośląskiego i/lub Dolnośląski Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia na podstawie art. 48d ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych [Dz.U. 2025 poz. 1461 z późn zm.] oraz Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2016 r. w sprawie trybu składania i rozpatrywania wniosków o dofinansowanie programów polityki zdrowotnej realizowanych przez jednostkę samorządu terytorialnego oraz trybu rozliczania przekazanych środków

i zwrotu środków niewykorzystanych lub wykorzystanych niezgodnie z przeznaczeniem [Dz.U. 2017 poz. 9], a także dofinansowanie z innych ewentualnych źródeł.

Bibliografia

1. Bank Danych Lokalnych, bdl.stat.gov.pl.
2. Bąk S., Budzeń K., Wesołowski P. I in., Review of diagnostic methods for prostate cancer with consideration of MRI-TRUS fusion biopsy. *Journal of Education, Health and Sport*. 2022;12(9):720-728.
3. Dane o realizacji programów profilaktycznych, Według stanu na dzień 1 czerwca 2025 r., www.nfz.gov.pl.
4. Global cancer burden growing, amidst mounting need for services, 1 February 2024 News release Lyon, France; Geneva, Switzerland, www.who.int.
5. Hałoń A, Powała A. Rak stercza. W: Nasierowska-Guttmejer A, Górnicka B. (red). Zalecenia do diagnostyki histopatologicznej nowotworów. Centrum Onkologii, Oddział Gliwice, Polskie Towarzystwo Patologów 2013.
6. Naji L, Randhawa H, Sohani Z, et al. Digital Rectal Examination for Prostate Cancer Screening in Primary Care: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Ann Fam Med*. 2018; 16(2): 149–154,
7. Netto GJ, Mahul BA, Kench JG. Tumours of the prostate. In: WHO Classification of Tumours Editorial Board. ed. Urinary and male genital tumours. International Agency for Research on Cancer, Lyon 2022.
8. Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2021 r. w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych [DZ. URZ. Min. Zdr. 2021.69]
9. Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 30 czerwca 2025 r. w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych [DZ. URZ. Min. Zdr. 2025.42].
10. Obwieszczenie Wojewody Dolnośląskiego z dnia 31 grudnia 2024 r. w sprawie aktualizacji wojewódzkiego planu transformacji województwa dolnośląskiego na lata 2022-2026 [DZ. URZ. WOJ. 2024.6680].
11. Poradnik pacjenta: Profilaktyka 40 PLUS - bezpłatne badania bez skierowania, Aktualności Centrali NFZ, www.nfz.gov.pl.
12. Raporty Krajowego Rejestru Nowotworów, onkologia.org.pl.
13. Rekomendacja nr 40/2025 z dnia 31 marca 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 nowotworów gruczołu krokowego bjp.aotm.gov.pl.
14. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego [Tekst jedn. 2023 poz. 870 ze zm.].
15. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 lipca 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego [tekst jedn. Dz.U. 2022 poz. 1406].
16. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej [Tekst jedn. Dz.U. 2016 poz. 357 ze zm.].
17. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej [tekst jedn. Dz.U. 2021 poz. 265].
18. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 marca 2021 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021–2025 [Dz.U. 2021 poz. 642].

19. Uchwała nr 10 Rady Ministrów z dnia 4 lutego 2020 r. w sprawie przyjęcia programu wieloletniego pn. Narodowa Strategia Onkologiczna na lata 2020-2030 [M.P. 2020 poz. 189].
20. Uchwała nr 196/2021 Rady Ministrów z dnia 27 grudnia 2021 r. [www.gov.pl/web/zdrowie].
21. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych [Tekst jedn. Dz.U. 2024 poz. 146 z późn. zm.]
22. Wilson TK, Zishiri OT. Prostate Cancer: A Review of Genetics, Current Biomarkers and Personalised Treatments. *Cancer Rep (Hoboken)*. 2024 Oct;7(10):e70016.
23. Wojciechowska U., Didkowska A., Barańska K. i in., Nowotwory złośliwe w Polsce w 2022 roku. Narodowy Instytut Onkologii, Krajowy Rejestr Nowotworów, Warszawa 2024.
24. Wysocki P., Chłosta P., Antoniewicz A., Zalecenia postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w raku gruczołu krokowego — stanowisko Polskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej i Polskiego Towarzystwa Urologicznego. *Onkologia w Praktyce Klinicznej – Edukacja*, Tom 10, Nr 1 (2024).

Załączniki

Załącznik 1

Karta uczestnika programu pn. „Program profilaktyki i wczesnego wykrywania nowotworów gruczołu krokowego w Gminie Grębocice na lata 2026-2030” (wzór)

1. Dane uczestnika programu

Nazwisko	
Imię	
Płeć	
Wiek	
PESEL*	
Adres zamieszkania	
Tel. kontaktowy	

* lub nr dokumentu tożsamości – w przypadku osób nieposiadających nr PESEL

2. Zgoda na udział w programie

W tym miejscu należy wstawić wzór wyrażenia zgody na udział w programie oraz wzór zgody pacjenta na udzielenie świadczeń zdrowotnych, zgodny ze wzorem stosowanym przez realizatora przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych.

.....
(data i podpis uczestnika programu)

3. Lekarska wizyta kwalifikująca do programu i edukacja zdrowotna

Data wykonania świadczenia	Informacja dla celów monitorowania/ewaluacji
.....	Wynik pre-testu wiedzy: Wynik post-testu wiedzy: Utrzymanie lub uzyskanie wysokiego poziomu wiedzy w post-teście (min. 80% poprawnych odpowiedzi): ☐ tak ☐ nie
Kwalifikacja do badania PSA na podstawie spełnienia kryteriów włączenia do badań diagnostycznych i braku obecności kryteriów wyłączenia	☐ tak ☐ nie

.....
(data, pieczęć i podpis osoby uprawnionej)

4. Przesiew oportunistyczny (pomiar stężenia PSA)

Nazwa świadczenia	Data wykonania świadczenia
Oznaczenie poziomu markera PSA	

5. Lekarska wizyta kontrolna

Data wykonania świadczenia	Informacja dla celów monitorowania/ewaluacji
.....	Wynik ≥ 3 ng/ml: ☐ tak ☐ nie Skierowano na dalszą diagnostykę/leczenie poza programem: ☐ tak ☐ nie

6. Rezygnacja z udziału w programie w trakcie jego trwania (jeżeli dotyczy):

Przyczyna rezygnacji	Data rezygnacji	Podpis uczestnika

Sprawozdanie realizatora z przeprowadzonych działań w ramach programu pn. „Program profilaktyki i wczesnego wykrywania nowotworów gruczołu krokowego w Gminie Grębocice na lata 2026-2030” (wzór)

I. Dane realizatora

Nazwa i adres podmiotu	
Imię i nazwisko osoby wypełniającej formularz sprawozdania	
Telefon kontaktowy	
Okres sprawozdawczy (od... do...)	

II. Sprawozdanie z przeprowadzonych interwencji

Krótki opis działań podjętych w ramach akcji informacyjnej	
Monitoring	
liczba osób, które uczestniczyły w działaniach edukacyjnych (np. liczba rozdanych ulotek, wywieszonych plakatów, pobrań materiałów edukacyjnych itp.)	
liczba osób, które wzięły udział w lekarskiej wizycie kwalifikującej i edukacji zdrowotnej	
liczba osób, które na wizycie kwalifikującej odmówiły wzięcia udziału w badaniu stężenia PSA	
liczba osób, które zostały poddane badaniu stężenia PSA	
liczba osób, które wzięły udział w lekarskiej wizycie kontrolnej	
liczba osób, które nie zostały objęte PPZ z powodów zdrowotnych lub z innych powodów	
liczba osób, które zrezygnowały z udziału w programie przed jego zakończeniem	
Wyniki ankiety satysfakcji (krótki opis)*	
Ewaluacja	
Odsetek osób, u których w post-tescie utrzymano lub uzyskano wysoki poziom wiedzy (min. 80% poprawnych odpowiedzi) w zakresie profilaktyki RGK,	

względem wszystkich osób uczestniczących w działaniach edukacyjnych, które wypełniły pre-test	
Odsetek osób, u których podczas badania przesiewowego wykryto nieprawidłowy poziom stężenia PSA i którzy zostali skierowani na dalszą diagnostykę w ramach NFZ (POZ lub AOS), w stosunku do wszystkich uczestników badań przesiewowych prowadzonych w programie,	
Odsetek osób z grupy ryzyka, którzy ostatecznie zdecydowali się wziąć udział w badaniach przesiewowych	
Odsetek osób, u których wykonano badanie stężenia PSA	

* wyłącznie w sprawozdaniu rocznym i końcowym

....., dnia
(miejscowość) (data)

.....

(pieczęć i podpis osoby
działającej w imieniu sprawozdawcy)
sprawozdawcy)

Ankieta satysfakcji uczestnika programu pn. „Program profilaktyki i wczesnego wykrywania nowotworów gruczołu krokowego w Gminie Grębocice na lata 2026-2030” (WZÓR)

(1 - zdecydowanie tak, 2 - raczej tak, 3 - trudno powiedzieć, 4 - raczej nie, 5 - zdecydowanie nie)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

(1 - zdecydowanie przydatne, 2 - raczej przydatne, 3 - trudno powiedzieć, 4 - raczej nieprzydatne, 5 - zdecydowanie nieprzydatne)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

(1 – bardzo dobrze, 2 - dobrze, 3 - przeciętnie, 4 - źle, 5 - bardzo źle)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

(1 - bardzo dobrze, 2 - dobrze, 3 - średnio, 4 - raczej źle, 5 - źle)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Dziękujemy za wypełnienie ankiety

Załącznik 4

Test wiedzy dla uczestnika edukacji zdrowotnej realizowanej podczas wizyty kwalifikującej do programu pn. „Program profilaktyki i wczesnego wykrywania nowotworów gruczołu krokowego w Gminie Grębocice na lata 2026-2030” (wzór)

1. Który z poniższych czynników zwiększa ryzyko zachorowania na raka prostaty?

- A) Dieta bogata w produkty pełnoziarniste
- B) Regularna aktywność fizyczna
- C) Wiek powyżej 50 lat
- D) Niski poziom kortyzolu

2. Który objaw może sugerować rozwój raka prostaty?

- A) Nagła utrata masy ciała
- B) Problemy z oddawaniem moczu
- C) Silny ból w dolnej części pleców
- D) Wszystkie powyższe

3. Jakie badanie jest podstawowym testem przesiewowym w kierunku raka prostaty?

- A) USG jamy brzusznej
- B) Badanie poziomu PSA we krwi
- C) RTG miednicy
- D) Morfologia krwi

4. Które badanie pozwala na potwierdzenie raka prostaty?

- A) RTG klatki piersiowej
- B) Kolonoskopia
- C) Biopsja prostaty
- D) Test na obecność krwi utajonej w kale

5. Jakie są różnice między rakiem prostaty a łagodnym przerostem gruczołu krokowego?

- A) Rak prostaty rozwija się szybko, a przerost prostaty wolno
- B) Rak prostaty może dawać przerzuty, a przerost prostaty nie
- C) Łagodny przerost prostaty nie jest nowotworem
- D) Wszystkie powyższe

6. PSA to skrót oznaczający:

- A) Prostatowy Antygen Specyficzny
- B) Podstawową Sekretję Androgenów
- C) Pierwotny Skan Andrologiczny
- D) Prosty System Analizy

7. Jaki poziom PSA może sugerować konieczność dalszej diagnostyki?

- A) Poniżej 1 ng/ml
- B) Między 1 a 2 ng/ml
- C) Powyżej 3 ng/ml
- D) Powyżej 20 ng/ml

8. Jakie są możliwe metody leczenia zaawansowanego raka prostaty?

- A) Terapia hormonalna
- B) Chemioterapia
- C) Radioterapia
- D) Wszystkie powyższe

9. W jakim wieku mężczyźni powinni zacząć profilaktyczne badania prostaty?

- A) Po 25 roku życia
- B) Po 40 roku życia
- C) Po 45 roku życia
- D) Po 50 roku życia

10. Czy rak prostaty zawsze wymaga natychmiastowego leczenia?

- A) Tak, zawsze
- B) Nie, jeśli jest w bardzo wczesnym stadium, można zastosować aktywny nadzór
- C) Nie, jeśli poziom PSA jest niski
- D) Tak, jeśli pacjent nie ma objawów