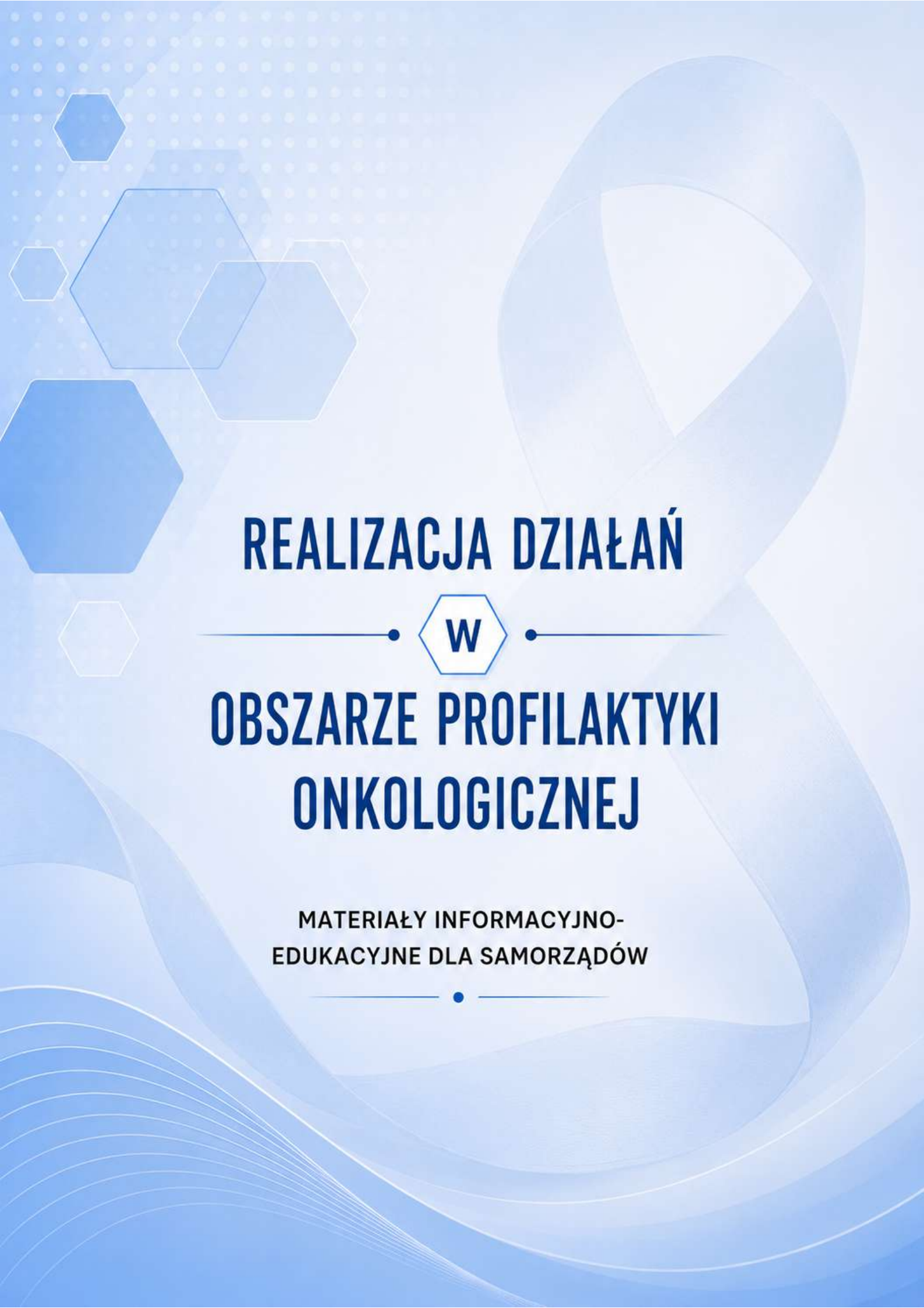




REALIZACJA DZIAŁAŃ

• **W** •

**OBSZARZE PROFILAKTYKI
ONKOLOGICZNEJ**

**MATERIAŁY INFORMACYJNO-
EDUKACYJNE DLA SAMORZĄDÓW**

Źródło finansowania

Materiał opracowano w ramach projektu „Ocena i wzmocnienie potencjału jednostek samorządu terytorialnego do realizacji działań w obszarze profilaktyki onkologicznej”, dzięki wsparciu Fundacji Polska Liga Walki z Rakiem, w ramach konkursu grantowego ONKOgranty IX (Umowa nr SUM/NWN/00333/2026)

Autorzy opracowania

dr hab. n. o zdrowiu Karolina Klimek

dr hab. n. med. Mateusz Grajek

dr n. o zdrowiu Eliza Działach

Dane kontaktowe

dr hab. n. o zdrowiu Karolina Klimek

e-mail: karolina.klimek@sum.edu.pl

tel.: 793 315 888

Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach



Fundacja Polska Liga Walki z Rakiem



1. Profilaktyka onkologiczna – czym jest?

PROFILAKTYKA ONKOLOGICZNA to zespół działań, których celem jest zmniejszenie ryzyka zachorowania na nowotwory, ich wczesne wykrywanie oraz ograniczanie skutków choroby. Obejmuje ona zarówno działania podejmowane przez system ochrony zdrowia, jak i indywidualne decyzje człowieka dotyczące stylu życia. Profilaktykę onkologiczną możemy podzielić na pierwotną, wtórną i trzeciorzędową.

Profilaktykę onkologiczną warto odnieść do **koncepcji pól zdrowia Marca Lalonde’a**, która wskazuje, że zdrowie człowieka zależy od kilku wzajemnie powiązanych czynników. Lalonde wyróżnił cztery główne pola zdrowia: styl życia, środowisko, czynniki biologiczne oraz organizację opieki zdrowotnej. Z perspektywy profilaktyki onkologicznej szczególnie ważny jest styl życia, ponieważ wiele zachowań człowieka może zwiększać lub zmniejszać ryzyko zachorowania na raka. Równie istotne jest środowisko, ponieważ zanieczyszczenia, warunki pracy czy jakość powietrza mogą wpływać na rozwój chorób nowotworowych. Czynniki biologiczne, takie jak predyspozycje genetyczne, również mają znaczenie, choć człowiek ma na nie mniejszy wpływ. Organizacja opieki zdrowotnej decyduje natomiast o dostępności badań profilaktycznych, edukacji zdrowotnej oraz skutecznego leczenia. Profilaktyka onkologiczna, rozumiana w świetle koncepcji Lalonde’a, powinna więc obejmować zarówno odpowiedzialność jednostki za własne zdrowie, jak i działania społeczne oraz systemowe wspierające zdrowe wybory.



PIERWOTNA PROFILAKTYKA ONKOLOGICZNA obejmuje działania, których celem jest zapobieganie powstawaniu nowotworów. Polega ona przede wszystkim na ograniczaniu lub eliminowaniu czynników ryzyka, które mogą sprzyjać rozwojowi choroby nowotworowej. Jednym z najważniejszych elementów profilaktyki pierwotnej jest niepalenie tytoniu oraz unikanie dymu tytoniowego. Palenie papierosów zwiększa ryzyko wielu nowotworów, w tym raka płuca, jamy ustnej, gardła, krtani, trzustki i pęcherza moczowego. Ważne znaczenie ma również ograniczenie spożycia alkoholu, ponieważ alkohol może przyczyniać się do rozwoju nowotworów przewodu pokarmowego, wątroby i piersi. Istotnym elementem profilaktyki pierwotnej jest zdrowa dieta, bogata w warzywa, owoce, produkty pełnoziarniste i błonnik. Należy jednocześnie ograniczać spożycie żywności wysoko przetworzonej, nadmiaru czerwonego mięsa, tłuszczów trans oraz cukru.



Regularna aktywność fizyczna pomaga utrzymać prawidłową masę ciała i zmniejsza ryzyko rozwoju niektórych nowotworów. Otyłość jest uznawana za istotny czynnik ryzyka wielu chorób nowotworowych, dlatego kontrola masy ciała ma duże znaczenie profilaktyczne. Do profilaktyki pierwotnej należy także ochrona skóry przed nadmiernym promieniowaniem ultrafioletowym. Oznacza to unikanie opalania w godzinach największego nasłonecznienia, stosowanie kremów z filtrem oraz rezygnację z solariów. Ważnym działaniem zapobiegawczym są szczepienia ochronne, na przykład przeciw wirusowi HPV. Zakażenie HPV może prowadzić do rozwoju raka szyjki macicy oraz niektórych nowotworów gardła, odbytu i narządów płciowych.

Profilaktyka pierwotna obejmuje również ograniczanie kontaktu z substancjami rakotwórczymi w środowisku pracy i życia codziennego. Dotyczy to między innymi azbestu, benzenu, niektórych metali ciężkich, promieniowania jonizującego oraz zanieczyszczeń powietrza.

Pierwotna profilaktyka onkologiczna jest jednym z najważniejszych sposobów zmniejszania zachorowalności na nowotwory i poprawy zdrowia populacji.

WTÓRNA PROFILAKTYKA ONKOLOGICZNA obejmuje działania, których celem jest możliwie wczesne wykrycie nowotworu lub stanów przednowotworowych. Jej istotą nie jest zapobieganie samemu powstaniu choroby, lecz rozpoznanie jej na takim etapie, na którym leczenie może być najbardziej skuteczne. Profilaktyka wtórna ma szczególne znaczenie, ponieważ wiele nowotworów przez długi czas rozwija się bez wyraźnych objawów. Wczesne wykrycie choroby zwiększa prawdopodobieństwo skutecznego leczenia, pozwala ograniczyć jego rozległość i może poprawić rokowanie oraz jakość życia pacjenta. Podstawowym narzędziem profilaktyki wtórnej są badania przesiewowe, kierowane do osób, które nie mają jeszcze objawów choroby. Przykładami badań przesiewowych są mammografia, test HPV HR, cytologia stosowana zgodnie z obowiązującym schematem programu profilaktycznego oraz badania przesiewowe w kierunku raka jelita grubego. U osób z podwyższonym ryzykiem lub podejrzanymi zmianami skórnymi zastosowanie może mieć badanie dermatoskopowe.



Skuteczność profilaktyki wtórnej zależy także od jakości badań oraz od szybkiego przekazania pacjenta do dalszej diagnostyki w przypadku nieprawidłowego wyniku.

Samo wykonanie badania przesiewowego nie wystarcza, jeżeli osoba z podejrzeniem choroby nie otrzyma sprawnej opieki specjalistycznej. Profilaktyka wtórna łączy więc działania diagnostyczne, edukacyjne i organizacyjne. Wczesne wykrycie zmian przednowotworowych daje możliwość ich usunięcia, zanim rozwinie się nowotwór złośliwy. Dzięki temu profilaktyka wtórna może nie tylko zmniejszać umieralność, ale w niektórych przypadkach także ograniczać zachorowalność. Ważnym wyzwaniem pozostaje zachęcanie osób z populacji do regularnego korzystania z badań, nawet wtedy, gdy czują się zdrowe.

Wtórna profilaktyka onkologiczna jest więc kluczowym elementem walki z nowotworami, ponieważ pozwala na wczesne wykrycie choroby i zwiększenie skuteczności leczenia.

TRZECIORZĘDOWA PROFILAKTYKA ONKOLOGICZNA obejmuje działania podejmowane u osób, u których choroba nowotworowa została już rozpoznana lub leczona. Jej celem jest ograniczenie następstw choroby i leczenia, zmniejszanie ryzyka możliwych do uniknięcia powikłań, wspieranie wczesnego wykrywania nawrotu oraz poprawa jakości życia pacjenta. W odróżnieniu od profilaktyki pierwotnej i wtórnej koncentruje się ona nie na zapobieganiu zachorowaniu lub wczesnym wykrywaniu, ale na zmniejszaniu skutków już istniejącej choroby. Do profilaktyki trzeciorzędowej należy głównie rehabilitacja, która pomaga pacjentowi odzyskać sprawność fizyczną i samodzielność. Może ona obejmować ćwiczenia, fizjoterapię, terapię przeciwozkrępową, wsparcie oddechowe oraz naukę radzenia sobie z ograniczeniami po leczeniu. Bardzo ważne jest również leczenie bólu i innych objawów, które mogą towarzyszyć chorobie nowotworowej lub jej terapii.

Profilaktyka trzeciorzędowa obejmuje także wsparcie psychologiczne, ponieważ diagnoza nowotworu i proces leczenia często wiążą się z lękiem, stresem, obniżeniem nastroju i poczuciem niepewności. Pomoc psychologiczna może wzmacniać motywację do leczenia i ułatwiać adaptację do życia po chorobie.

Znaczenie ma również edukacja pacjenta dotycząca samoobserwacji, zgłaszania niepokojących objawów oraz przestrzegania zaleceń lekarskich. W profilaktyce trzeciorzędowej ważne jest także utrzymywanie zdrowego stylu życia, ponieważ aktywność fizyczna, właściwa dieta, unikanie tytoniu i alkoholu mogą wspierać proces zdrowienia. Działania te mogą także zmniejszać ryzyko wystąpienia kolejnych chorób przewlekłych i poprawiać ogólną kondycję organizmu.

Profilaktyka trzeciorzędowa zmniejsza ryzyko niepełnosprawności, izolacji społecznej oraz pogorszenia stanu psychicznego pacjenta.

Jest ona niezbędnym elementem kompleksowej opieki onkologicznej, ponieważ pozwala nie tylko przedłużyć życie, ale także dbać o jego jakość.



2. Przykłady możliwych do realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego w obszarze profilaktyki onkologicznej

Jednostki samorządu terytorialnego mogą odgrywać ważną rolę w profilaktyce onkologicznej, realizując **zadania z zakresu zdrowia publicznego** skierowane do mieszkańców. Ich działania w tym obszarze mogą koncentrować się na edukacji, promocji zdrowia i tworzeniu warunków sprzyjających zdrowym wyborom. Nie będą to świadczenia zdrowotne, ponieważ realizowane będą na bazie innego aktu prawnego (ustawy z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym). Jednym z podstawowych działań samorządu w analizowanym obszarze jest edukacja zdrowotna mieszkańców, prowadzona w formie spotkań, materiałów informacyjnych, lokalnych kampanii i działań w mediach społecznościowych. Ważne są także kampanie informacyjne, które wyjaśniają, jakie czynniki zwiększają ryzyko nowotworów i jak można je ograniczyć w codziennym życiu. Samorząd może organizować warsztaty w szkołach, zakładach pracy, domach kultury i innych lokalnych instytucjach, aby docierać do różnych grup wiekowych i społecznych. Szczególne znaczenie mają kampanie antynikotynowe, ponieważ używanie tytoniu jest jednym z najważniejszych możliwych do uniknięcia czynników ryzyka chorób nowotworowych.



Działania lokalne mogą również promować zdrowy styl życia, w tym prawidłowe odżywianie, regularną aktywność fizyczną, ograniczanie alkoholu, dbałość o sen i ochronę przed nadmiernym promieniowaniem UV. Samorząd może organizować wydarzenia prozdrowotne, takie jak pikniki, dni zdrowia, konkursy, wykłady czy akcje edukacyjne w przestrzeni publicznej. Takie inicjatywy zwiększają świadomość mieszkańców i ułatwiają rozmowę o profilaktyce onkologicznej w sposób przystępny i praktyczny. Istotnym zadaniem jest także szkolenie lokalnych kadr, na przykład nauczycieli, pracowników instytucji kultury, pomocy społecznej i organizacji pozarządowych. Dzięki temu wiedza o profilaktyce może być przekazywana dalej przez osoby, które na co dzień pracują z mieszkańcami.



Samorząd powinien również rozwijać współpracę z organizacjami pozarządowymi, szkołami, pracodawcami i podmiotami podstawowej opieki zdrowotnej w zakresie edukacji i promocji zdrowia. Partnerstwa lokalne pozwalają lepiej rozpoznawać potrzeby mieszkańców oraz dostosowywać działania do wieku, sytuacji społecznej i poziomu wiedzy odbiorców. Ważne jest, aby działania były prowadzone systematycznie, a nie tylko okazjonalnie, ponieważ zmiana zachowań zdrowotnych wymaga czasu i powtarzalnego przekazu. Lokalna profilaktyka onkologiczna realizowana przez samorząd może zwiększać świadomość zdrowotną mieszkańców, wzmacniać odpowiedzialność za zdrowie i wspierać skuteczniejsze zapobieganie chorobom nowotworowym.

3. Przykłady możliwych do realizacji programów polityki zdrowotnej w obszarze profilaktyki onkologicznej

Programy polityki zdrowotnej w obszarze profilaktyki onkologicznej mogą obejmować zarówno działania zawierające świadczenia zdrowotne, jak i programy stricte edukacyjne. Pięć pierwszych wymienionych na poniższej grafice programów obejmuje świadczenia zdrowotne, ponieważ zakładają one bezpośrednie działania diagnostyczne lub rehabilitacyjne kierowane do określonych grup mieszkańców. Dotyczy to profilaktyki i wczesnego wykrywania raka gruczołu krokowego, profilaktyki i wykrywania raka płuca, profilaktyki obrzęku limfatycznego po leczeniu raka piersi, profilaktyki i wczesnego wykrywania nowotworów głowy i szyi oraz profilaktyki zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego HPV. W tych przypadkach samorząd może wspierać mieszkańców nie tylko poprzez przekazywanie wiedzy, ale także poprzez organizację dostępu do określonych procedur zdrowotnych przewidzianych w programie. Dodatkowo, pierwsze cztery z ww. programów mogą uzyskać dofinansowanie NFZ, ponieważ zawierają w swoich interwencjach świadczenia gwarantowane.



Kolejne cztery programy, czyli profilaktyka nowotworów skóry, profilaktyka raka piersi, profilaktyka raka szyjki macicy oraz profilaktyka raka jelita grubego, mają natomiast charakter stricte edukacyjny. Ich głównym celem jest zwiększenie świadomości mieszkańców na temat czynników ryzyka, objawów alarmowych, znaczenia samoobserwacji oraz potrzeby korzystania z dostępnych form profilaktyki. Nie obejmują one udzielania świadczeń zdrowotnych, lecz wzmacniają kompetencje zdrowotne mieszkańców i ułatwiają podejmowanie świadomych decyzji.

4. Opracowanie projektu programu polityki zdrowotnej w obszarze profilaktyki onkologicznej

Ustawodawca zobowiązuje podmiot przygotowujący projekt PPZ do wykonania tego zgodnie ze wzorem wynikającym z przepisów wykonawczych do ustawy. Wzór ten określono rozporządzeniem 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. Poniżej przedstawiono najważniejsze elementy PPZ w kolejności zgodnej ze wzorem wynikającym z ww. rozporządzenia. Celem jak najlepszego zobrazowania struktury samorządowego PPZ posłużono się opisem projektu przykładowego programu dotyczącego profilaktyki raka piersi wśród mieszkanek nieistniejącej gminy Michałkowice.

Nazwa programu polityki zdrowotnej

Nazwa PPZ powinna przede wszystkim wskazywać, jakiego problemu zdrowotnego program ten dotyczy, do jakiej populacji jest skierowany, kto go wdraża i w jakim okresie. Przykładowa nazwa spełniająca ww. warunki będzie następująca: „Program profilaktyki raka piersi w populacji dorosłych mieszkanek gminy Michałkowice na lata 2026-2030”. Nazwa ta powinna znaleźć się na stronie tytułowej PPZ wraz z podstawą prawną jego opracowania (ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych).

Wymagana jest także informacja o miejscu i roku opracowania. Przed wystaniem projektu do zaopiniowania na stronie tytułowej powinna także znaleźć się akceptacja osoby zatwierdzającej PPZ do realizacji (imię i nazwisko, oznaczenie służbowe, data i podpis).

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

I.1. Opis problemu zdrowotnego

Opis problemu zdrowotnego powinien uwzględniać krótką i zwięzłą charakterystykę poszczególnych jednostek chorobowych, których dotyczyć będzie PPZ. W przypadku „Programu profilaktyki raka piersi w populacji dorosłych mieszkanek gminy Michałkowice na lata 2026-2030” w punkcie tym należy krótko opisać, czym charakteryzuje się rak piersi, a także jakie są czynniki ryzyka wystąpienia tego problemu zdrowotnego. Wymaga się, aby projekt PPZ został opracowany z wykorzystaniem rzetelnych źródeł informacji, stąd też rekomendowane jest wykorzystanie do opisu problemu zdrowotnego publikacji naukowych (np. korzystając z wyszukiwarki Google Scholar lub PubMed), zaleceń i rekomendacji towarzystw naukowych, a także informacji publikowanych przez instytucje systemu ochrony zdrowia, takie jak Ministerstwo Zdrowia czy też Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego Państwowy Zakład Higieny. Zalecanym rozwiązaniem jest również korzystanie z rekomendacji AOTMiT, publikowanych w serwisie internetowym tej instytucji, dotyczących wybranych problemów zdrowotnych.

PRZYKŁAD

I. 1. Opis problemu zdrowotnego w PPZ

W ostatnich latach liczba zachorowań na nowotwory złośliwe wzrasta, w związku z czym stały się nie tylko poważnym problemem zdrowotnym, ale też społecznym i ekonomicznym. Wśród chorób nowotworowych występujących u kobiet wymienia się nowotwory piersi, szyjki i trzonu macicy, jajnika, pochwy oraz sromu. Najczęściej diagnozowanym jest rak piersi, definiowany jako nowotwór złośliwy rozwijający się wskutek niekontrolowanego namnażania nieprawidłowych komórek gruczołu piersiowego. U zdecydowanej większości chorych rozwój raka wynika ze sporadycznych mutacji w komórkach somatycznych.

Wśród czynników ryzyka wymienia się: wiek (ok. 80% zachorowań występuje po 50 r.ż.), wczesny czas pokwitania (przed 12 r.ż.) oraz późną menopauzę (>54 r.ż.), stosowanie hormonalnej antykoncepcji lub długotrwałej hormonalnej terapii zastępczej menopauzy, występowanie niezłośliwych zmian w piersiach, późne rodzenie pierwszego dziecka (>30 r.ż.), dodatni wywiad rodzinny, a także czynniki związane ze stylem życia (niska aktywność fizyczna, nadwaga, spożywanie alkoholu). Rak piersi w długim okresie może przebiegać bezobjawowo, a jeśli już pojawia się jego pierwszy objaw – jest to zwykle guzek lub zgrubienie w obrębie piersi. Ponadto objawem raka mogą być zmiany na skórze, takie jak: pogrubienie skóry, zaczerwienienie, owrzodzenie, wciągnięcie brodawki, wyciek z brodawki sutkowej lub dolegliwości bólowe. Każdy z wymienionych objawów wymaga zgłoszenia się do lekarza i rozpoczęcia diagnostyki. Pierwszy krok to zwykle badanie palpacyjne piersi i węzłów chłonnych pachy i okolicy nadobojczykowej. W dalszym postępowaniu wykonuje się zazwyczaj mammografię (podstawowe badanie obrazowe w tym przypadku) oraz ultrasonografię, uznawaną za badanie uzupełniające oraz wartościowe dopełnienie mammografii, wskazane szczególnie w przypadku piersi o dużej gęstości, typowych dla młodych kobiet. Badanie piersi w szczególnych sytuacjach klinicznych można wykonać również za pomocą rezonansu magnetycznego. Niezbędnym elementem diagnostyki raka piersi jest rozpoznanie mikroskopowe. Pobranie materiału do badania powinno odbywać się drogą biopsji gruboigłowej, najlepiej wykonanej pod kontrolą mammografii lub ultrasonografii.

W przypadku raków przedinwazyjnych podstawowym sposobem leczenia jest chirurgiczne usunięcie guza z marginesem zdrowych tkanek w połączeniu z uzupełniającą radioterapią. Pacjentki z rakiem naciekowym I lub II stopnia poddawane są zwykle leczeniu chirurgicznemu (usunięcie guza pierwotnego - operacja oszczędzająca pierś lub mastektomia z jednoczasową rekonstrukcją bądź bez niej), leczeniu pachowych węzłów chłonnych oraz pooperacyjnej radioterapii. W przypadku raka naciekowego III stopnia dodatkowo stosowana jest hormonoterapia oraz chemioterapia. Terapia o charakterze paliatywnym podejmowana jest w odniesieniu do pacjentek z rozsiałym, nieuleczalnym rakiem piersi (stopień IV). Rokowanie w raku piersi zależy przede wszystkim od wczesnego wykrycia nowotworu, jego typu i stopnia zaawansowania. 85% nawrotów występuje w ciągu pierwszych 5 lat po leczeniu. Odsetki 5-letnich przeżyć w zależności od stopnia zaawansowania: I – 95%, II – 50%, III – 25%, IV – <5%. Średni odsetek 5-letnich przeżyć w Polsce wynosi 74%.

I.2. Dane epidemiologiczne

W punkcie tym należy przedstawić możliwie jak najbardziej aktualne dane epidemiologiczne, pochodzące z ogólnodostępnych baz danych (wojewódzkich, powiatowych lub gminnych, w zależności od zasięgu działań przewidzianych w ramach realizacji PPZ). Dane epidemiologiczne powinny uzasadniać podjęcie realizacji PPZ. Postępując się przykładem – bardziej zasadna będzie realizacja programu profilaktyki raka piersi w gminie, dla której wskaźnik umieralności z powodu ww. grupy chorób jest

najwyższy w województwie, w porównaniu z gminą, gdzie problem ten jest zdecydowanie mniejszy, a prym wśród przyczyn umieralności wiodą nowotwory o innej lokalizacji.

Spośród źródeł danych, obok wspomnianego już BASiW, należy wymienić publikacje i dane udostępniane m.in. przez: GUS, Krajowy Rejestr Nowotworów, Ministerstwo Zdrowia, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego Państwowy Zakład Higieny, Główny Inspektorat Sanitarny, wojewódzkie stacje sanitarno-epidemiologiczne czy urzędy wojewódzkie. Władze gminy nie powinny również zapominać, że wartościowe informacje mogą zostać uzyskane od podmiotów wykonujących działalność leczniczą na danym terenie oraz lokalnych stowarzyszeń zajmujących się szeroko pojętą ochroną zdrowia.

Wartościowym źródłem wiedzy pozostaje także OW NFZ, do którego można wystąpić z wnioskiem o udzielenie informacji publicznej, dotyczącej np. liczby pacjentów z terenu danej gminy korzystających ze świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych w danym okresie z powodu rozpoznania raka piersi (lub innego problemu zdrowotnego, którego PPZ dotyczy).

Opracowując projekt PPZ, można również sięgnąć po dane Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (ZUS), dotyczące kosztów związanych z absenteizmem, stanowiących istotne obciążenie systemu zabezpieczeń społecznych. Doniosłość znaczenia rosnącego rozpowszechnienia chorób cywilizacyjnych dla zdrowia publicznego oraz systemu gospodarczego odzwierciedlona jest przede wszystkim w danych dotyczących wydatków na świadczenia związane z niezdolnością do pracy. Dane te na poziomie ogólnokrajowym oraz wojewódzkim są publikowane w opracowaniach przygotowanych przez ZUS. Z kolei te o niższym stopniu agregacji (w tym przypadku wyłącznie powiatowe) można pozyskać składając wniosek do ZUS o udzielenie informacji publicznej, podobnie jak w przypadku danych pozyskiwanych z NFZ.

PRZYKŁAD

I. 2. Opis danych epidemiologicznych w PPZ

Nowotwory złośliwe stanowią poważny globalny problem zdrowotny, są jedną z głównych przyczyn zachorowalności i umieralności. W 2023 roku nowotwory były drugą najczęstszą przyczyną zgonów na świecie, po chorobach układu krążenia. Szacuje się, że w roku 2023 odnotowano na świecie 18,5 mln nowych przypadków raka i 10,4 mln zgonów z przyczyn nowotworowych. W latach 1990-2023 liczba zgonów z powodu nowotworów złośliwych wzrosła o 74,3%. Prognozy referencyjne szacują, że w 2050 r. na świecie wystąpi 30,5 mln przypadków zachorowań i 18,6 mln zgonów z powodu raka, co stanowi wzrost o 60,7% i 74,5% w porównaniu z rokiem 2024. Rak płuca jest wraz z rakiem piersi, najczęściej występującym nowotworem na świecie (po 12,43% ogółu przypadków), następnie jest to rak jelita grubego (12,38%), rak prostaty (7,62%) i rak żołądka (6,81%). Nowotwór płuc jest główną przyczyną zgonów z powodu raka (19,62% wszystkich zgonów z powodów nowotworowych), następnie jest to rak jelita grubego (10,67%), rak żołądka (9%), rak piersi (7,48%) i rak przełyku (6,8%) .

Nowotwory stanowią także istotny problem epidemiologiczny i społeczny w Polsce. W roku 2024 były drugą, po chorobach układu krążenia, wiodącą przyczyną umieralności Polaków (27% ogółu zgonów). W województwie lubelskim odpowiadały za 26,6% zgonów, w powiecie garwolińskim była to wartość analogiczna dla krajowej (27%). 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 lubelskim w roku 2023 odnotowano ponad 14,6 tys. zachorowań (ASW=245,85). Najczęściej występującymi nowotworami u mężczyzn w roku 2023 w Polsce były: rak gruczolę krokowego (24,5%), rak oskrzela i płuca (12,6%), inny niż czerniak rak złośliwy skóry (9,5%) oraz rak jelita grubego (6,6%). W przypadku kobiet: rak piersi (22,6%), rak jelita grubego (9,2%) oraz rak oskrzela i płuca (9,2%). 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 lubelskim 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 gruczolę krokowego (11%), rak jelita grubego (7,9%) oraz pęcherza moczowego (5,6%). W przypadku kobiet: rak oskrzela i płuca (18,6%), rak piersi (14,6%) oraz rak jelita grubego (11,5%).

W Mapach Potrzeb Zdrowotnych na lata 2022-2026 (MPZ) wskazano, że w 2019 r. najwyższą zapadalność na nowotwór złośliwy piersi zaobserwowano w województwie łódzkim (ok. 111,8/100 tys.), a najniższą w podlaskim (ok. 72,6/100 tys.), natomiast odsetek zgonów wahał się między 31,1/100 tys. (województwo podlaskie) a 43,6/100 tys. (województwo kujawsko-pomorskie). Prognozuje się, że w 2028 r. zapadalność na nowotwór złośliwy sutka wzrośnie o ok. 16%, a odsetek zgonów o ok. 9%. Ponadto w MPZ podano, że w 2019 r. do ogólnopolskiego programu badań przesiewowych w kierunku raka piersi zgłosiło się 64% kwalifikujących się kobiet.

W KRN wskazuje się, że w Polsce, rak piersi stanowi główną przyczynę zachorowań na nowotwory wśród kobiet i charakteryzuje się stale rosnącą zachorowalnością od ostatnich 50 lat. Rak piersi, jest drugą po nowotworach płuc przyczyną śmierci z powodu nowotworów u kobiet. W 2023 roku rak piersi pozostawał najczęściej rozpoznawanym nowotworem złośliwym wśród kobiet w Polsce. Według danych Krajowego Rejestru Nowotworów odnotowano 21 716 nowych zachorowań, co stanowiło 22,6% ogółu zachorowań na nowotwory złośliwe u kobiet. Jednocześnie z powodu raka piersi zmarło 6 757 kobiet, czyli 14,6% wszystkich zgonów nowotworowych w populacji kobiet. W województwie lubelskim w tym samym roku zarejestrowano 1 158 zachorowań na raka piersi u kobiet, co odpowiadało 23,8% ogółu zachorowań nowotworowych wśród kobiet w regionie, a więc udział ten był nieco wyższy niż średnio w kraju. Zgony z powodu raka piersi w województwie lubelskim wyniosły 312 przypadków, stanowiąc 13,4% wszystkich zgonów nowotworowych kobiet, czyli odsetek nieco niższy niż w Polsce ogółem. Dane te wskazują, że rak piersi jest dominującym problemem onkologicznym w zakresie zachorowalności kobiet zarówno na poziomie krajowym, jak i regionalnym, natomiast jego udział w umieralności nowotworowej w województwie lubelskim jest nieznacznie niższy niż przeciętnie w Polsce.

Zgodnie z danymi pozyskanymi z NFZ, w roku 2025 w ramach publicznego systemu opieki zdrowotnej z powodu raka piersi leczono w gminie Michałkowice 112 kobiet.

I.3. Opis obecnego postępowania

W punkcie dotyczącym opisu obecnego postępowania należy wskazać, głównie na podstawie obowiązujących aktów prawnych, jakie działania podejmowane są na poziomie ogólnokrajowym w odniesieniu do problemu zdrowotnego opisywanego w projekcie PPZ. Ustawa o ŚOZ przy zapisach dotyczących zadań władz publicznych w formie opracowywania i realizacji oraz oceny efektów PPZ jasno wskazuje, iż działania te należy konsultować pomiędzy wszystkimi szczeblami samorządu (gmina, powiat, województwo). Zasadne jest zatem opisanie w tym punkcie również działań podejmowanych na poziomie województwa (w programach powiatowych i gminnych) oraz powiatu (w programach gminnych). Konsultacje tego typu są niezbędne, aby uniknąć powielania finansowania świadczeń zdrowotnych z dwóch źródeł publicznych. Dla przykładu – niezasadne jest wprowadzanie na terenie gminy programu profilaktyki boreliozy w przypadku, kiedy program taki realizowany jest na poziomie powiatu i wszyscy mieszkańcy poszczególnych gmin w tym powiecie, należący do populacji docelowej PPZ, mogą korzystać z oferowanych w nim świadczeń zdrowotnych.

Właściwe opisanie świadczeń gwarantowanych, przysługujących pacjentom dotkniętym problemem zdrowotnym, którego dotyczy planowany PPZ, stanowi kolejne trudne wyzwanie dla pracowników urzędów JST, niezajmujących się na co dzień organizacją systemu ochrony zdrowia i prawodawstwem z tym związanym. Ogólny wykaz świadczeń gwarantowanych w ramach publicznego systemu opieki zdrowotnej w Polsce odnajdujemy co prawda w ustawie o ŚOZ, jednakże szczegółowy zakres usług zdrowotnych, z których może skorzystać ubezpieczony w NFZ pacjent w ramach poszczególnych rodzajów świadczeń zdrowotnych, znajduje się już w licznych rozporządzeniach, tzw. koszykowych, oraz w obszernych załącznikach do tych aktów prawnych. Bez odpowiednich kompetencji trudno w prawidłowy sposób wskazać podstawy prawne działań realizowanych chociażby w odniesieniu do pacjentów z chorobami nowotworowymi. Dlatego też rekomenduje się przedstawicielom urzędów JST konsultacje ze specjalistami w tym zakresie.

PRZYKŁAD

I. 3. Opis obecnego postępowania w PPZ

Kluczową rolę w profilaktyce nowotworu piersi odgrywają badania przesiewowe. Podstawowym narzędziem populacyjnych badań przesiewowych w kierunku raka piersi jest mammografia. Tomosynteza, rezonans magnetyczny i ultrasonografia mogą być wykorzystywane jako metody uzupełniające lub w wybranych grupach kobiet, zależnie od poziomu ryzyka, wieku, budowy piersi i wyniku wcześniejszych badań. Dodatkowo, w ramach uwzględnionych publikacji odnaleziono także dane i zalecenia sugerujące realizację działań edukacyjno-informacyjnych, interwencji zwiększających zgłaszalność do przesiewu, samobadania piersi oraz badań genetycznych w kierunku wykrycia mutacji odpowiedzialnych za zwiększone ryzyko wystąpienia nowotworów piersi.

W Polsce w ramach świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS), dostępne są świadczenia dotyczące poradnictwa i diagnostyki, wśród których wyróżnić można m.in.: USG (piersi, węzłów chłonnych), mammografię w tym z kontrastem; tomografię komputerową (TK) klatki piersiowej, pozytonową tomografię emisyjną (PET), rezonans magnetyczny (RM) klatki piersiowej. W przypadku leczenia szpitalnego obok badań diagnostycznych jak w AOS oferowane są także procedury medyczne w obrębie piersi.

Na zasadach programu zdrowotnego w całym kraju realizowany jest „Program profilaktyki raka piersi” finansowany ze środków NFZ. Program ten skupia się na badaniach przesiewowych z wykorzystaniem mammografii wykonywanej co dwa lata (w przypadku kobiet w wieku 45-74 r.ż.) oraz corocznej mammografii (w przypadku kobiet w wieku 45-74 r.ż. które po 5 latach od leczenia chirurgicznego raka piersi pozostają w trakcie uzupełniającej hormonoterapii (HT) albo które zakończyły leczenie raka piersi i 5-letni proces monitorowania po zakończonym leczeniu). W programie dostępny jest także etap pogłębionej diagnostyki, który obejmuje m.in.: poradę lekarską, uzupełniającą mammografię lub USG piersi, biopsję gruboigłową z użyciem technik obrazowych, a także podjęcie decyzji o dalszym postępowaniu.

I.4. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu

W PPZ konieczne jest wskazanie uzasadnienia dla podjęcia planowanych działań, w tym opisanie ich znaczenia dla poziomu zdrowia lokalnej społeczności. Można w tym celu powołać się na dane epidemiologiczne, wskazujące np. na większe rozpowszechnienie danej jednostki chorobowej w powiecie lub wyższe wskaźniki umieralności z jej powodu w porównaniu z innymi powiatami danego województwa. Jeżeli samorząd opracował uprzednio regionalną strategię polityki zdrowotnej, w której priorytetach zawarto konieczność podjęcia działań profilaktycznych wobec problemu zdrowotnego ujętego w PPZ, to również będzie punkt projektu odpowiedni do opisanego tego faktu.

Opracowując strategię zdrowotną lub niezależnie od tego działania, zaleca się przeprowadzenie badania ankietowego wśród mieszkańców, które pozwoli ocenić ich potrzeby w obszarze zdrowia ogólnie lub wybranych jego problemów. Głos mieszkańców wskazujący, że wśród ich najczęstszych problemów zdrowotnych występują np. choroby nowotworowe, będzie stanowił cenny argument uzasadniający wprowadzenie PPZ w tym obszarze.

W punkcie tym można się także powołać na głosy płynące od przedstawicieli lokalnego środowiska medycznego lub organizacji pozarządowych działających w obszarze zdrowia publicznego w regionie.

Uzasadnienie podjęcia działań w ramach PPZ jest znacznie łatwiejsze w przypadku, kiedy program obejmuje swoimi interwencjami usługi zdrowotne poza koszykiem świadczeń gwarantowanych. Jego realizacja stanowi wówczas wartość dodaną do tych świadczeń. Za przykład można wskazać PPZ pozwalające mieszkańcom na skorzystanie ze świadczeń dietetycznych w związku z nadwagą/otyłością, czy też z dofinansowania do procedury in vitro w ramach leczenia problemu niepłodności. Z kolei samorząd planujący realizację PPZ, który obejmuje świadczenia gwarantowane, jest zobowiązany do wskazania w uzasadnieniu istotnych powodów tej decyzji, a także opisanie mechanizmów, które zostaną zastosowane w celu uniknięcia podwójnego finansowania świadczeń.

Za uzasadnienie w tym przypadku może służyć chociażby brak podmiotu udzielającego uwzględnionych w PPZ świadczeń zdrowotnych na podstawie umowy z NFZ na terenie gminy. Należy wówczas wskazać, że finansowanie tych świadczeń przez samorząd zniweluje barierę finansową dla mieszkańców i zwiększy ich zainteresowanie danymi usługami zdrowotnymi, ponieważ nie będą musieli korzystać z nich na zasadzie pełnej odpłatności na rynku prywatnym. Mogą to być np. działania fizjoterapeutyczne w PPZ w obszarze rehabilitacji leczniczej czy świadczenia okulistyczne w PPZ w obszarze profilaktyki wad wzroku u dzieci lub profilaktyki jaskry w populacji osób starszych.

Kolejnym właściwym uzasadnieniem może być również włączenie usług znajdujących się w koszyku świadczeń gwarantowanych do ścieżki pacjenta, obejmującej dodatkowo inne działania, już poza tym koszykiem. Przykładem może tu być PPZ w obszarze profilaktyki i wczesnego wykrywania cukrzycy typu 2, w ramach którego ścieżka pacjenta może obejmować zarówno świadczenia gwarantowane (np. badania przesiewowe, konsultacje lekarskie), jak i te niefinansowane ze środków publicznych (np. dofinansowanie do zajęć aktywności fizycznej, opracowanie indywidualnego jadłospisu przez dietetyka).

Kolejnym rekomendowanym, a także często stosowanym sposobem uzasadnienia wdrożenia planowanego PPZ jest wskazanie jego zgodności z ogólnokrajowymi, wojewódzkimi, a także powiatowymi i gminnymi dokumentami strategicznymi.

Można wśród nich wymienić następujące:

- strategia „Zdrowa Przyszłość. Ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r.”,
- Narodowy Program Zdrowia na lata 2021–2026,
- Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2023–2030,
- Narodowa Strategia Onkologiczna na lata 2020–2030,
- Narodowy Program Chorób Układu Krążenia na lata 2022–2032,
- mapy potrzeb zdrowotnych na okres 2022–2026,
- mapy potrzeb zdrowotnych na okres 2027–2031,
- krajowy plan transformacji,
- wojewódzkie plany transformacji,
- samorządowe strategie regionalnej polityki zdrowotnej,
- samorządowe strategie lub programy ochrony zdrowia psychicznego,
- samorządowe programy profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii,
- samorządowe programy przeciwdziałania przemocy w rodzinie,
- samorządowe strategie rozwoju,
- samorządowe strategie polityki społecznej lub rozwiązywania problemów społecznych.

PRZYKŁAD

I. 4. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia PPZ

Nowotwory piersi stanowią istotne zagrożenie zdrowotne wśród kobiet w Gminie Michałkowice. Działania z zakresu profilaktyki pierwotnej mogą skutkować zmniejszeniem liczby nowych zachorowań. Wdrożenie programu uzasadniają także dane epidemiologiczne przedstawione w poprzednich punktach projektu. Wdrożenie działań proponowanych w programie może poprawić świadomość zdrowotną kobiet oraz ich skłonność do korzystania z dostępnych w ramach programu ogólnopolskiego badań przesiewowych. Inwestycja w profilaktykę nowotworów piersi przyniesie długoterminowe korzyści zdrowotne i ekonomiczne, zmniejszając koszty leczenia zaawansowanych nowotworów oraz poprawiając jakość życia kobiet w regionie.

Ponadto, co niezwykle istotne, działania możliwe do realizacji w planowanym PPZ wpisują się w następujące krajowe i regionalne dokumenty strategiczne w zakresie ochrony zdrowia:

- 1) Strategia Zdrowa Przyszłość Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r.: 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 2021-2026: Cel operacyjny 5: Wyzwania demograficzne;
- 3) Narodowa Strategia Onkologiczna na lata 2020-2030: Obszar 5: Inwestycje w system opieki onkologicznej;
- 4) Mapy Potrzeb Zdrowotnych na okres 2022-2026: rekomendowane kierunki działań na terenie województwa lubelskiego: Obszar czynniki ryzyka i profilaktyka, Rekomendacja 3.1: Wzmocnienie działań profilaktycznych w zakresie chorób: układu krążenia, nowotworowych, układu oddechowego, neurologicznych, układu kostno-mięśniowego [...].
- 5) Wojewódzki Plan Transformacji dla województwa lubelskiego na lata 2022-2026: Obszar czynniki ryzyka i profilaktyka, Rekomendacja 1. Realizacja programów profilaktycznych oraz programów polityki zdrowotnej w obszarach priorytetowych z uwagi na epidemiologię.

II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji

Każdy poprawnie zaplanowany projekt PPZ powinien w swoich zapisach posiadać jeden najistotniejszy cel, do którego należy dążyć podczas trwania programu.

Osiągnięcie celu głównego będzie stanowić potwierdzenie skuteczności zaplanowanych i podejmowanych działań. Jego uzupełnieniem powinny być cele szczegółowe, mogące dotyczyć poszczególnych interwencji. Zarówno cel główny, jak i cele szczegółowe należy formułować zgodnie z koncepcją SMART, zatem powinny one być:

- sprecyzowane (*specific*) – konkretne, szczegółowe, z dobrze zdefiniowanym oczekiwanym rezultatem,
- mierzalne (*measurable*) – umożliwiające ich monitorowanie i mierzenie,
- osiągalne (*achievable*) – możliwe do zrealizowania przy posiadanych zasobach,

- istotne (*relevant*) – powiązane z wartościami i priorytetami zdrowotnymi samorządu,
- zaplanowane w czasie (*time-bound*) – zawierające ostateczny termin ich osiągnięcia.

Sposób sformułowania celów głównych i szczegółowych w projektach PPZ stanowi bardzo często pole krytyki dla AOTMiT. Proponowane cele nierzadko są sformułowane w sposób zbyt ogólny, nie odnoszą się bezpośrednio do efektu zdrowotnego bądź też nie odnoszą się do wartości docelowej, do której zamierza się dążyć za pomocą działań zaplanowanych w programie. Częstym błędem jest także formułowanie celów w formie opisu zastosowanej interwencji, podczas gdy powinny się one odnosić do skutków tych interwencji. Zdarza się również, że cele tylko częściowo są sformułowane prawidłowo – np. zawierają w treści wartości docelowe, lecz brak już dla nich uzasadnienia.

W praktyce dobór treści celów w projekcie PPZ stanowi duże wyzwanie dla osoby opracowującej ten dokument, tym bardziej że jak już wielokrotnie wspomniano, osoba ta zazwyczaj nie jest w żaden sposób powiązana ze środowiskiem medycznym i ma nikłą wiedzę na temat problemu zdrowotnego, o którym pisze w projekcie. W takiej sytuacji trudno zatem decydować o tym, czy cel będzie osiągalny i istotny, gdy np. w PPZ dotyczącym profilaktyki nadwagi i otyłości pacjent straci 5 kg masy ciała czy może 7 kg. Kłopotliwe może być również określenie samego sposobu pomiaru – czy optymalne będą właśnie kilogramy, czy lepiej będzie sprawdzać procent ubytku masy ciała lub obniżenie wartości BMI (*body mass index*, wskaźnik masy ciała)? Jak sprawdzić zmianę poziomu wiedzy w przypadku działań edukacyjnych? Czy uzyskanie wyniku lepszego o 30% w postępie względem pre-testu będzie wystarczające? A jeśli tak – to w jaki sposób uzasadnić AOTMiT przyjęcie takiej, a nie innej wartości? Z tego rodzaju pytaniami, nierzadko sprawiającymi trudność również specjalistom w poszczególnych dziedzinach, mierzą się urzędnicy JST. W takim przypadku rekomenduje się, o ile nie ma możliwości zlecenia na zewnątrz usługi opracowania projektu PPZ, konsultacje z przedstawicielami lokalnego środowiska medycznego, przegląd literatury naukowej oraz zapoznanie się z treścią opinii AOTMiT o projektach PPZ w interesującym nas obszarze, realizowanych przez inne JST. Wymiana doświadczeń między różnymi jednostkami samorządu terytorialnego w obszarze realizacji PPZ wydaje się tutaj szczególnie cennym źródłem wiedzy.

Każdy z celów należy w jakiś sposób mierzyć, dlatego też kolejnym etapem opracowania projektu PPZ jest sformułowanie mierników efektywności. Zadanie to również nie należy do najłatwiejszych. Mierniki te są wskaźnikami umożliwiającymi obiektywną i precyzyjną ocenę stopnia realizacji celów. Istotne, aby były wyrażone w odpowiednich jednostkach miary i dotyczyły rezultatów. Powinny być także obserwowalne i obiektywne, a dane do ich pomiaru powinny się cechować łatwą dostępnością. Nie należy zapominać, że wartości wskaźników należy określić przed realizacją programu i po jej zakończeniu, ponieważ dopiero zmiana uzyskana w zakresie ich wartości i jej wielkość stanowi o wadze uzyskanego efektu programu.

Każdemu z celów założonych w PPZ powinien odpowiadać co najmniej jeden miernik efektywności. Bardzo częstym błędem wskazywanym w opiniach przez AOTMiT jest mylne wskazywanie mierników zgłaszalności jako mierników efektywności. Należy tu wyraźnie podkreślić, że liczba osób zakwalifikowanych do programu czy też liczba osób uczestniczących w działaniach edukacyjnych nie świadczą o żadnym efekcie zdrowotnym, który mamy zamiar osiągnąć na skutek interwencji realizowanych w programie. Błędym postępowaniem jest także planowanie w projekcie mierników deklaracyjnych, które nie pozwalają na obiektywną ocenę poprawy zdrowia pacjentów, takich jak np. subiektywna ocena samopoczucia czy subiektywna ocena stopnia aktywności fizycznej. Zdarza się również, że mierniki efektywności konstrukcją przypominają cel lub nie odnoszą się bezpośrednio do celów programu.

Prawidłowe sformułowanie zarówno mierników, jak i celów programu jest niezbędne dla osiągnięcia wysokiej efektywności i jakości jego realizacji.

PRZYKŁAD

II. Cele i mierniki efektywności w PPZ

1. Cel główny

Podniesienie lub utrzymanie w trakcie trwania programu wysokiego poziomu wiedzy w zakresie zachowań prozdrowotnych, czynników ryzyka i działań profilaktycznych dotyczących raka piersi, wśród co najmniej 70% uczestników działań edukacyjnych.

2. Cele szczegółowe

- 1) Zwiększenie o co najmniej 1 pp. w skali roku, liczby kobiet z terenu realizacji PPZ poddanych badaniom przesiewowym w kierunku raka piersi w ramach programu centralnego, w porównaniu do liczby osób poddanych ww. badaniom w latach sprzed wprowadzenia PPZ.
- 2) Zmiana w trakcie trwania programu niepoprawnych nawyków żywieniowych wśród co najmniej 50% uczestników interwencji nacelowanej na modyfikację stylu życia.
- 3) Zwiększenie w trakcie trwania programu poziomu aktywności fizycznej wśród co najmniej 50% uczestników interwencji nacelowanej na modyfikację stylu życia.

3. Mierniki efektywności odpowiadające celom programu

- 1) Odsetek osób, u których w post-teście uzyskano lub utrzymano wysoki poziom wiedzy (co najmniej 80% poprawnych odpowiedzi) w zakresie zachowań prozdrowotnych, czynników ryzyka i działań profilaktycznych dotyczących raka piersi, względem wszystkich osób uczestniczących w działaniach edukacyjnych, które wypełniły pre-test.
- 2) Odsetek kobiet z terenu realizacji PPZ kwalifikujących się do programu centralnego badań przesiewowych w kierunku raka piersi, które w danym roku prowadzenia PPZ wzięły udział w ww. programie centralnym, w porównaniu do odsetka kobiet, które wzięły udział w omawianych badaniach w roku poprzednim.
- 3) Odsetek kobiet uczestniczących w interwencji nacelowanej na modyfikację stylu życia, u których po zakończeniu ww. interwencji odnotowano poprawę w zakresie nawyków żywieniowych (na podstawie zwalidowanego kwestionariusza nawyków żywieniowych np. QEB lub KomPAN) w porównaniu do wyników uzyskanych na kwalifikującej wizycie pielęgniarskiej.
- 4) Odsetek kobiet uczestniczących w interwencji nacelowanej na modyfikację stylu życia, u których po zakończeniu ww. interwencji odnotowano wzrost poziomu aktywności fizycznej (na podstawie zwalidowanego kwestionariusza poziomu aktywności fizycznej np. IPAQ), w porównaniu do wyników uzyskanych podczas kwalifikującej wizyty pielęgniarskiej.

III. Charakterystyka populacji docelowej oraz charakterystyka interwencji planowanych w ramach programu polityki zdrowotnej

III.1. Populacja docelowa

Opis populacji docelowej w projekcie PPZ powinien obejmować określenie wielkości tej populacji w danym regionie oraz wskazywać liczebność populacji planowanej do włączenia do programu, przy założeniu zachowania równego dostępu do projektowanych działań dla wszystkich uczestników. Opis docelowej populacji to kolejny z trudnych do opisanie punktów projektu PPZ, głównie z uwagi na ograniczone dane epidemiologiczne, szczególnie te na poziomie gminnym i powiatowym.

Dane statystyczne, dotyczące wieku i płci planowanej do objęcia PPZ populacji, można oczywiście dość łatwo pozyskać z GUS lub z urzędowej ewidencji ludności, zdecydowanie trudniej oszacować w tej populacji odsetek osób dotkniętych danym problemem zdrowotnym. Właściwym krokiem w tym przypadku będzie zwrócenie się po pomoc do OW NFZ, jednak nie zawsze będzie to wystarczające. Instytucja ta może udostępnić dane dotyczące liczby osób korzystających w poprzednim roku kalendarzowym ze świadczeń finansowanych ze środków publicznych w związku z interesującym samorząd rozpoznaniem, takim jak np. choroba krążenia, ale już nie pomoże ustalić, jaka liczba spośród tych osób ma nadwagę lub otyłość czy inną chorobę współistniejącą. Na tym etapie pozostaje szacowanie na podstawie danych epidemiologicznych publikowanych w ogólnodostępnych raportach (o ile takie są dostępne) lub opisywanych w publikacjach naukowych.

Zdecydowanie łatwiej jest wskazać liczebność populacji planowanej do włączenia do programu, ponieważ w większości przypadków liczba ta wynika z możliwości finansowych samorządu, a limit środków przeznaczonych na realizację planowanego PPZ jest zazwyczaj z góry znany. Kolejne trudności niesie za sobą wymóg zachowania równego dostępu do planowanych działań dla wszystkich uczestników. Nie ma niestety idealnego rozwiązania w tym zakresie, ponieważ trudno o zapewnienie takiej równości przy populacji liczącej dla przykładu 800 osób i możliwościach samorządu pozwalających na sfinansowanie świadczeń w programie 100 osobom. Zdarza się, że JST stosują w tym punkcie zapisy o kwalifikowaniu uczestników według kolejności zgłoszeń, ale niewiele wspólnego z równym dostępem ma to, kto pierwszy dowie się o programie i wykaże zainteresowanie uczestnictwem. Dyskutowane są często propozycje uwzględnienia pierwszeństwa z uwagi na kryterium dochodowe, ale samorząd zazwyczaj porzuca ten pomysł z uwagi na obawę przed stygmatyzacją uboższych mieszkańców.

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

Po dokonaniu wyboru populacji docelowej należy wymienić jasne i przejrzyste kryteria kwalifikacji do udziału w programie oraz kryteria wyłączenia, a także opisać, w jaki sposób samorząd zamierza prowadzić akcję informacyjną o programie, aby potencjalni uczestnicy mogli się o nim dowiedzieć.

W kryteriach kwalifikacji należy opisać poszczególne cechy populacji wybranej do PPZ, w tym np.: miejsce zamieszkania (PPZ kierowane są do mieszkańców wspólnoty samorządowej), wiek, płeć, diagnozę konkretnej jednostki chorobowej, wartość wskaźnika BMI itp.

Z kolei w kryteriach wyłączenia wskazujemy cechy, których wystąpienie dyskwalifikuje daną osobę z udziału w programie. Mogą to być zarówno kwestie związane ze zdrowiem (przeciwwskazania zdrowotne, pozostawanie pod opieką przychodni specjalistycznej), jak i mechanizmy będące próbą unikania powielania finansowania świadczeń zdrowotnych przez więcej niż jednego publicznego płatnika. W praktyce w kryteriach wyłączenia pojawiają się punkty dotyczące korzystania z analogicznych świadczeń finansowanych przez innego płatnika (np. NFZ, ZUS) w wybranym okresie (np. ostatnich trzech czy sześciu miesięcy).

Zasadne są także wyłączenia pacjentów, którzy byli już uczestnikami danego PPZ w okresie chociażby ostatniego roku lub całej aktualnej edycji programu, a także pacjentów pozostających pod opieką przychodni specjalistycznych, właściwych z uwagi na problem zdrowotny PPZ (np. kardiologicznej, diabetologicznej, rehabilitacyjnej). Mechanizmy te należy jednak uznać za narzędzia o niskiej jakości, ponieważ w prawie wszystkich ww. przypadkach (poza uprzednim uczestnictwem w danym PPZ) w zasadzie jedyną opcją możliwą do zastosowania jest oświadczenie pacjenta, który ostatecznie może poświadczyc nieprawdę, a samorząd ani realizator PPZ nie będą mieli możliwości zweryfikowania tego faktu.

Ważne jest także, aby w przypadkach PPZ, w których wyodrębnia się więcej niż jedną grupę docelową (np. dzieci i ich rodzice), każdą z tych grup opisać i zaplanować dla niej kryteria kwalifikacji oraz wyłączenia.

W punkcie tym należy również opisać planowane sposoby dotarcia do grupy potencjalnych odbiorców działań PPZ. Powinny być one dobrane do specyfiki tej grupy i pozwalać na uzyskanie jak największej zgłaszalności do programu. Spośród metod pozwalających na poinformowanie lokalnej społeczności o realizowanym PPZ można wymienić m.in.: publikowanie informacji w serwisach internetowych urzędu i realizatora programu, wywieszanie plakatów i ulotek w miejscach użyteczności publicznej, zaangażowanie lokalnych mediów, promocja programu w mediach społecznościowych, informowanie populacji poprzez podmioty lecznicze, zakłady pracy, szkoły, czy nawet kościoły (szczególnie w przypadku PPZ kierowanych do osób starszych).

PRZYKŁAD

III. 1. Populacja docelowa

Populację docelową działań edukacyjnych stanowić będą dorosłe mieszkanki gminy Michałkowice, których liczba wynosi ok. 9 tys. osób. Interwencja naceLOWANA na modyfikację stylu życia kierowana będzie do kobiet w wieku 50 lat i więcej, u których występuje nadwaga lub otyłość oraz co najmniej jeden dodatkowy czynnik ryzyka raka piersi. Zgodnie z danymi pozyskanymi z GUS gminę Michałkowice zamieszkuje ok. 4 tys. kobiet w tym wieku. Zgodnie z najnowszymi danymi epidemiologicznymi zbyt wysoka masa ciała ($BMI \geq 25$) dotyczy ok. 45% kobiet w populacji polskiej. W związku z powyższym populację docelową w wybranej grupie wiekowej, dotkniętą nadwagą lub otyłością, szacuje się na ok. 1,8 tys. osób. Z uwagi na ograniczenia danych statystyki publicznej, nie jest możliwe dokładne oszacowanie, jakiego odsetka z ww. kobiet dotyczą dodatkowe czynniki ryzyka rozwoju raka piersi. Z uwagi na ograniczone możliwości finansowe gminy program obejmie corocznie ok. 100 uczestniczek, a w całym okresie realizacji – ok. 500 osób.

Sposób dotarcia do populacji docelowej

- 1) informacja w poradniach podstawowej opieki zdrowotnej (informowanie pacjentów przez personel medyczny; informacje opublikowane w formie plakatów na tablicy ogłoszeń oraz w formie komunikatów na stronie internetowej),
- 2) informacja w podmiocie realizującym program (informowanie pacjentów przez personel medyczny; informacje opublikowane w formie plakatów na tablicy ogłoszeń oraz w formie komunikatów na stronie internetowej),
- 3) informacja w Urzędzie Gminy Michałkowice (informacje opublikowane w formie plakatów na tablicy ogłoszeń, komunikatów na stronie internetowej oraz za pośrednictwem portali społecznościowych).

PRZYKŁAD

III. 2. Kryteria kwalifikacji do udziału w PPZ oraz kryteria wyłączenia z PPZ

1) Działania edukacyjne:

Kryteria włączenia:

- wiek 18 lat i więcej,
- zamieszkiwanie na terenie gminy Michałkowice,
- wyrażenie zgody na udział w programie;

Kryteria wyłączenia: brak

2) Interwencja nacelowana na modyfikację stylu życia:

Kryteria włączenia:

- wiek 50 lat i więcej,
- zamieszkiwanie na terenie gminy Michałkowice,
- wyrażenie zgody na udział w programie,
- rozpoznanie podczas pielęgniarskiej wizyty kwalifikacyjnej nadwagi lub otyłości,
- rozpoznanie podczas pielęgniarskiej wizyty kwalifikacyjnej co najmniej jednego dodatkowego czynnika ryzyka (mutacja genów BRCA1/BRCA2, rak piersi w wywiadzie rodzinnym, stosowanie długotrwałej hormonalnej terapii zastępczej i/lub antykoncepcji, miesiączka we wczesnym wieku, narażenie na ekspozycję promieniowania jonizującego, duża gęstość piersi, inne choroby lub nowotwory piersi, częste spożywanie alkoholu);

Kryteria wyłączenia:

- korzystanie w okresie 12 miesięcy przed zgłoszeniem się do programu z tego typu interwencji finansowanych ze środków publicznych.

III.3. Planowane interwencje

Interwencje planowane w PPZ stanowią najważniejszy punkt tego dokumentu. Dzielą się zazwyczaj na działania będące świadczeniami zdrowotnymi (mogą być to usługi diagnostyczne, lecznicze lub rehabilitacyjne) oraz działania edukacyjne. Z reguły PPZ obejmuje szereg różnych interwencji, stanowiących spójną całość, pozwalającą na osiągnięcie wymiernej korzyści zdrowotnej dla uczestnika. Opisuując poszczególne działania, należy określić, na czym one polegają oraz kto je realizuje. W programie PPZ można planować jedynie interwencje będące działaniami o udowodnionej skuteczności i bezpieczeństwie, wynikające z aktualnej wiedzy medycznej. Brak odpowiednich kompetencji w obszarze zdrowia niezwykle utrudnia zaplanowanie efektywnej ścieżki pacjenta w PPZ, a co za tym idzie może uniemożliwić osiągnięcie założonych przez ten program celów. Prawidłowy opis poszczególnych interwencji wymaga korzystania z publikacji naukowych oraz rekomendacji i wytycznych towarzystw naukowych, co też stanowi nie lada wyzwanie dla pracownika urzędu JST, po pierwsze – z uwagi na powszechny brak umiejętności wyszukiwania rzetelnych źródeł naukowych, po drugie – w związku ze specyfiką języka medycznego używanego przez autorów tych opracowań.

Nie należy zapominać, że zaplanowane działania muszą odpowiadać celom programu (odpowiednie przeprowadzenie działań powinno umożliwiać realizację tych celów), a także muszą być dostosowane do wybranej populacji docelowej. Co więcej, wymagania te muszą zostać spełnione przy ograniczonych zazwyczaj środkach finansowych, a fakt ten nie ułatwia planowania działań w programie.

PRZYKŁAD

III. 3. Planowane interwencje

1) Działania edukacyjne

- obejmujące akcję informacyjną mającą na celu przekazanie mieszkańcom podstawowych założeń programu polityki zdrowotnej,
- obejmujące kampanię edukacyjną mającą na celu podniesienie poziomu wiedzy populacji docelowej na temat głównych czynników zwiększających ryzyko rozwoju raka piersi, możliwości diagnostyki oraz działań terapeutycznych, obejmujące edukację na następujące tematy: profilaktyka, przyczyny, niepokojące symptomy, wczesne objawy, diagnostyka i leczenie nowotworów piersi, przebieg i skutki zdrowotne nieleczzonego raka piersi, główne czynniki zwiększające ryzyko nowotworów piersi, zachęcanie do prowadzenia systematycznego samobadania piersi,
- realizowane za pomocą metod podających (np. ulotki/plakaty/broszury informacyjno-edukacyjne, ogłoszenia w social mediach, posty na stronie internetowej Urzędu Gminy Michałkowice, 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 sporządzone przez Zakład Epidemiologii i Prewencji Nowotworów Centrum Onkologii – Instytutu w Warszawie oraz Biuro Prasy i Promocji Ministerstwa Zdrowia, materiały udostępnione przez Światową Organizację Zdrowia oraz Europejski Kodeks Walki z Rakiem),
- obejmujące 10 wykładów dla mieszkanki gminy w całym okresie realizacji programu (2 wykłady rocznie), realizowanych w formie stacjonarnej w grupach maksymalnie 50-osobowych, trwających min. 2 godziny edukacyjne (3x45min), obejmujących badanie poziomu wiedzy uczestników przy zastosowaniu opracowanego przez realizatora pre-testu przed edukacją oraz post-testu po edukacji, uwzględniającego min. 10 pytań zamkniętych.

2) Interwencja nacelowana na modyfikację stylu życia

a) kwalifikująca wizyta pielęgniarska

- pomiar wzrostu i masy ciała oraz klasyfikacja według BMI ($18,5\text{--}25\text{ kg/m}^2$ – prawidłowy, $25\text{--}30\text{ kg/m}^2$ – nadwaga, $30\text{--}35\text{ kg/m}^2$ – I stopień otyłości, $35\text{--}40\text{ kg/m}^2$ – II stopień otyłości, $\geq 40\text{ kg/m}^2$ – III stopień otyłości),
- pomiar obwodu pasa oraz rozpoznanie/wykluczenie występowania otyłości trzewnej (obwód talii $> 80\text{ cm}$ u kobiet, zgodnie z kryteriami diagnostycznymi International Diabetes Federation),
- wywiad z pacjentką (potwierdzenie występowania dodatkowego czynnika ryzyka raka piersi)
- wypełnienie karty uczestnika programu,
- przekazanie pacjentce materiału edukacyjnego (ulotka/broszura) na temat konieczności normalizacji masy ciała i podejmowania odpowiedniej aktywności fizycznej,
- stwierdzenie braku przeciwwskazań do udziału w programie,
- uzyskanie od pacjentki niezbędnych oświadczeń oraz zgody na udział w programie,
- wypełnienie kwestionariusza w zakresie nawyków żywieniowych (np. QEB),
- wypełnienie kwestionariusza w zakresie aktywności fizycznej (np. IPAQ).

b) pierwsza konsultacja dietetyczna

- wywiad żywieniowy,
- przekazanie pacjentce szczegółowych zaleceń dietetycznych, zindywidualizowanych w zależności od jego potrzeb i możliwości,
- pomiar wzrostu i masy ciała oraz klasyfikacja według BMI ($18,5\text{--}25\text{ kg/m}^2$ – prawidłowy, $25\text{--}30\text{ kg/m}^2$ – nadwaga, $30\text{--}35\text{ kg/m}^2$ – I stopień otyłości, $35\text{--}40\text{ kg/m}^2$ – II stopień otyłości, $\geq 40\text{ kg/m}^2$ – III stopień otyłości),
- wypełnienie karty uczestnika programu;

c) indywidualny 28-dniowy jadłospis

- przygotowany przez dietetyka (zaleca się, aby był to dietetyk przeprowadzający konsultacje z pacjentem),
- przekazany pacjentowi do 7 dni od konsultacji dietetycznej,
- możliwy do zastosowania przez kolejnych 56 dni poprzez jego powtórzenie (należy omówić z pacjentem możliwości stosowania zamienników w celu urozmaicenia jadłospisu),
- uwzględniający proporcje makroskładników ustalone w sposób zindywidualizowany z uwzględnieniem m.in. wieku, aktywności fizycznej, schorzeń dodatkowych oraz preferencji pacjenta,
- wypełnienie karty uczestnika programu;

d) zajęcia aktywności fizycznej (w celu zwiększenia efektywności terapii)

- zaplanowane dla uczestników niemających przeciwwskazań medycznych (np. zajęcia jogi, pilatesu, gimnastyki w wodzie, pływanie, treningi wytrzymałościowe, treningi siłowe itp.),
- obejmujące do 8 zajęć aktywności fizycznej, rozpoczynających się po pierwszej poradzie dietetycznej oraz kończących się przed drugą poradą dietetyczną,
- dofinansowane na zasadzie zwrotu poniesionych kosztów, do limitu 200 zł, zgodnie z przedstawioną przez pacjenta fakturą imienną;

e) druga konsultacja dietetyczna (po min. 56 dniach od wdrożenia przez pacjenta żywienia zgodnie z jadłospisem)

- omówienie z pacjentem wdrożonych zaleceń żywieniowych,
- pomiar wzrostu i masy ciała oraz klasyfikacja według BMI ($18,5\text{--}25\text{ kg/m}^2$ – prawidłowy, $25\text{--}30\text{ kg/m}^2$ – nadwaga, $30\text{--}35\text{ kg/m}^2$ – I stopień otyłości, $35\text{--}40\text{ kg/m}^2$ – II stopień otyłości, $\geq 40\text{ kg/m}^2$ – III stopień otyłości),
- przekazanie pacjentowi ankiety satysfakcji z udziału w programie,
- przekazanie pacjentowi dalszych zaleceń dietetycznych, niezbędnych do przestrzegania w ramach profilaktyki chorób nowotworowych po zakończeniu udziału w programie,
- ponowne wypełnienie kwestionariusza w zakresie nawyków żywieniowych (np. QEB),
- ponowne wypełnienie kwestionariusza w zakresie aktywności fizycznej (np. IPAQ),
- wypełnienie karty uczestnika programu.

Dowody skuteczności planowanych działań

Wszystkie zaplanowane w programie interwencje są skuteczne i bezpieczne dla uczestnika, zgodnie z rekomendacjami klinicznymi wielu organizacji, a także zgodnie z Rekomendacją nr 8/2024 z dnia 17 grudnia 2024 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 raka piersi.

III. 4. Sposób udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach programu polityki zdrowotnej

Przepisy wymagają, aby projekt PPZ zawierał opis warunków koniecznych do realizacji zaplanowanych interwencji. Zasadne jest, aby w punkcie tym opisać czas, miejsce oraz rodzaj udzielanych świadczeń, zarówno zdrowotnych, jak i edukacyjnych. W przypadku działań o charakterze cyklicznym należy określić ich częstotliwość oraz czas trwania. Punkt ten jest jednym z łatwiejszych do przygotowania w ramach pracy nad projektem PPZ.

PRZYKŁAD

III. 4. Opis sposobu udzielania świadczeń zdrowotnych w PPZ

Usługi 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 powielaty u danego pacjenta świadczeń finansowanych w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia, ponieważ program obejmuje działania znajdujące się poza koszykiem świadczeń gwarantowanych.

III. 5. Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej

Kolejnym z punktów, niestanowiących dużego wyzwania dla osoby opracowującej projekt PPZ, jest opis sposobu zakończenia udziału w programie. Wymaga się, aby wskazać różne sposoby tego działania, w zależności od tego, kiedy ma ono miejsce, ponieważ pacjent może przejść przez całą ścieżkę w programie lub z jakiegoś powodu zrezygnować z udziału w PPZ w jego trakcie. Warto pamiętać, że pacjent kończący udział w programie powinien zostać zapoznany z zaleceniami dalszego postępowania. Kontynuacja świadczeń, np. w poradni POZ, jest niezwykle ważna z punktu widzenia bezpieczeństwa zdrowotnego pacjenta, pozwala także na uznanie PPZ za integralny element lokalnego systemu opieki zdrowotnej.

PRZYKŁAD

III. 4. Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej

Sposoby zakończenia udziału w PPZ:

- w przypadku uczestników działań edukacyjnych - udział w programie kończy się wraz z zakończeniem działań edukacyjnych i wypełnieniem post-testu,
- w przypadku osób, u których stwierdzi się obecność określonych czynników ryzyka raka piersi, udział w programie kończy się wraz z wypełnieniem kwestionariusza IPAQ i QEB po zakończeniu udziału w interwencji nacelowanej na styl życia,
- zgłoszenie przez uczestnika chęci zakończenia udziału w PPZ,
- zakończenie realizacji PPZ.

IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej

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

Punkt ten stanowi swoisty harmonogram PPZ, w którym należy określić i osadzić w czasie poszczególne etapy programu. Rozpisując poszczególne elementy na osi czasu należy brać pod uwagę liczne terminy wynikające m.in. z czasu oczekiwania na opinię AOTMiT, czasu potrzebnego na uchwalenie programu, czy też okresu niezbędnego dla wyboru jego realizatora. W praktyce wszystkie ww. elementy mogą zająć kilka miesięcy do nawet pół roku.

PRZYKŁAD

IV. 1. Etapy PPZ i działania podejmowane w ramach etapów

- 1) opracowanie projektu programu (II kwartał 2026 r.);
- 2) przesłanie do Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji oświadczenia o zgodności programu z właściwą rekomendacją (II kwartał 2026 r.);
- 3) uchwalenie PPZ przez Radę Gminy Michałkowice (II kwartał 2026 r.);
- 4) przygotowanie i przeprowadzenie procedury konkursowej – wyłonienie realizującego program podmiotu leczniczego, spełniającego warunki określone w dalszej części projektu (II kwartał 2026 r.);
- 5) podpisanie umowy na realizację programu (II kwartał 2026 r.);
- 6) realizacja programu wraz z bieżącym monitoringiem (2026-2030):
 - akcja informacyjna,
 - działania profilaktyczne,
 - analiza kwartalnych sprawozdań dot. zgłaszalności do programu przekazywanych koordynatorowi przez realizatora;
- 7) ewaluacja (I kwartał 2031 r.):
 - analiza zgłaszalności na podstawie sprawozdań realizatora,
 - analiza jakości udzielanych świadczeń na podstawie wyników ankiety satysfakcji pacjentów,
 - ocena efektywności programu na podstawie analizy wskazanych mierników efektywności;
- 8) przygotowanie raportu końcowego z realizacji programu (I kwartał 2031 r.).

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

Po kilku stosunkowo łatwych do opracowania punktach projektu PPZ pozostają treści trudniejsze do opisanie. W punkcie dotyczącym warunków realizacji PPZ należy wskazać, jakie kompetencje powinien posiadać realizator tego programu, a także jakie powinien spełniać wymagania dotyczące zasobów, mających mieć zastosowanie podczas wykonywania zadania.

Dotyczy to zarówno zasobów kadrowych, jak i infrastrukturalnych (warunki lokalowe) oraz rzeczowych (wyposażenie). Wymagania te są bardzo trudne do wskazania dla osoby pozostającej zawodowo poza systemem opieki zdrowotnej. Zazwyczaj urzędnicy JST nie orientują się, do jakich rozporządzeń czy innych aktów prawnych sięgać w poszukiwaniu tego typu danych. Tym bardziej że najczęściej będą to zupełnie różne rozporządzenia ministra zdrowia w zależności od rodzaju PPZ. Część programów będzie bowiem realizowana na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej (np. programy szczepionkowe, programy obejmujące badania przesiewowe wykonywane w laboratoriach posiadających umowy z placówkami POZ – w kierunku boreliozy czy HCV), inne – w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (w poradniach okulistycznych, diabetologicznych, laryngologicznych). W związku z tym właściwe przygotowanie opisu tego punktu wymaga niewątpliwie zasięgnięcia pomocy u przedstawicieli lokalnego środowiska medycznego lub skorzystania z doświadczenia innych jednostek samorządu terytorialnego, realizujących PPZ w tym samym obszarze zdrowotnym.

PRZYKŁAD

Warunki realizacji PPZ dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych

Program jest wdrażany i finansowany przez Gminę Michałkowice. Realizatorem programu będzie wyłoniony w drodze konkursu ofert podmiot leczniczy, spełniający następujące wymagania formalne:

- wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, prowadzonego na podstawie ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej,
- zapewnienie udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach realizacji programu wyłącznie przez osoby wykonujące zawód medyczny (w tym pielęgniarki) oraz dietetyków;
- posiadanie sprzętu komputerowego i oprogramowania umożliwiającego gromadzenie i przetwarzanie danych uzyskanych w trakcie realizacji programu.

Podmiot udzielający świadczeń w programie będzie zobowiązany do prowadzenia i przechowywania dokumentacji medycznej w formie papierowej oraz elektronicznej w arkuszu kalkulacyjnym, a także do przekazywania uczestnikom ankiet satysfakcji pacjenta. Ponadto realizator będzie przekazywał koordynatorowi sprawozdania okresowe, a także sporządzi sprawozdanie końcowe z przeprowadzonych interwencji. Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych w programie jest 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

Monitorowanie programu polityki zdrowotnej jest procesem, który powinien być realizowany na bieżąco w trakcie trwania PPZ oraz zakończyć się wraz z zakończeniem realizacji programu. Pod pojęciem bieżącej realizacji PPZ rozumiemy cykliczne przygotowywanie raportów dotyczących zgłaszalności do programu oraz oceny jego jakości. Zgodnie z wymogiem wynikającym z rozporządzenia „monitorowanie powinno się składać z oceny zgłaszalności do programu polityki zdrowotnej, w tym np. określenia: liczby (odsetka) uczestników programu polityki zdrowotnej, a także liczby osób, które nie zostały objęte programem polityki zdrowotnej z powodów zdrowotnych lub z innych powodów”. Z kolei do oceny jakości należy zastosować ankietę oceny satysfakcji uczestnika programu lub raport jakości przygotowany przez zewnętrznego eksperta w danej dziedzinie. W praktyce, z uwagi na ograniczenia finansowe, drugie z rozwiązań stosowane jest jedynie przy programach regionalnych, realizowanych na poziomie co najmniej województwa. Niezwykle ważne dla prawidłowego przeprowadzania procesu monitorowania jest opracowanie załączników do projektu PPZ, w tym np. kart uczestników programu, wzorów sprawozdań okresowych. Właściwe przygotowanie tych dokumentów, a także nałożenie na realizatora w podpisanej z nim umowie określonych obowiązków sprawozdawczych, pozwoli na uniknięcie problemów z prowadzeniem bieżącego monitoringu.

Bardzo ważnym elementem PPZ jest jego ewaluacja, rozpoczynana po zakończeniu realizacji. Działanie to opiera się na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach PPZ i stanu po jego zakończeniu. Prawidłowe przeprowadzenie tego procesu wymaga wykorzystania co najmniej zdefiniowanych wcześniej mierników efektywności odpowiadających celom PPZ. Ewaluacja jest z reguły działaniem trudnym dla samorządu, a ograniczenia budżetowe zazwyczaj nie pozwalają na jego zlecenie na zewnątrz. Podobnie jak w przypadku monitorowania, odpowiednie zaplanowanie tego procesu oraz przygotowanie wzorów dokumentacji dla realizatora znacznie usprawni przebieg procesu. Nie zawsze jednak daje to gwarancję uniknięcia problemów, ponieważ współpraca urzędu z realizatorami PPZ bywa trudna, w tym w obszarze prawidłowego

prowadzenia dokumentacji medycznej uczestników, co w efekcie przekłada się na niekompletność danych niezbędnych do ewaluacji. Działanie to jest jednak konieczne nie tylko w celu rozliczenia finansowego PPZ i przygotowania raportu końcowego dla AOTMiT, ale także dla potwierdzenia zasadności wydatkowania środków publicznych na realizację programu oraz wyciągnięcia wniosków pozwalających na udoskonalenie kolejnych jego edycji.

PRZYKŁAD

V. Sposób monitorowania i ewaluacji PPZ

1. Monitorowanie

1) Ocena zgłaszalności do programu prowadzona na podstawie sprawozdań realizatora w kwartalnych i rocznych okresach oraz całościowo po zakończeniu programu:

- liczba osób, które zgłosiły się do udziału w programie,
- liczba osób, które nie zostały objęte programem polityki zdrowotnej z powodów zdrowotnych lub z innych powodów,
- liczba osób poddanych działaniom edukacyjnym,
- liczba osób, które zostały poddane interwencji nacelowanej na modyfikację stylu życia,
- liczba osób, które zrezygnowały z udziału w programie na każdym zaplanowanym etapie wraz z podaniem przyczyny rezygnacji;

2) Ocena jakości świadczeń udzielanych w programie:

- coroczna analiza wyników ankiety satysfakcji uczestników programu,
- bieżąca analiza pisemnych uwag uczestników dotyczących realizacji programu.

2. Ewaluacja

Ocena efektywności programu prowadzona na podstawie następujących mierników efektywności:

- odsetek osób, u których w post-teście uzyskano lub utrzymano wysoki poziom wiedzy (co najmniej 80% poprawnych odpowiedzi) w zakresie zachowań prozdrowotnych, czynników ryzyka i działań profilaktycznych dotyczących raka piersi, względem wszystkich osób uczestniczących w działaniach edukacyjnych, które wypełniły pre-test,
- odsetek kobiet z terenu realizacji PPZ kwalifikujących się do programu centralnego badań przesiewowych w kierunku raka piersi, które w danym roku prowadzenia PPZ wzięły udział w ww. programie centralnym, w porównaniu do odsetka kobiet, które wzięły udział w omawianych badaniach w roku poprzednim,
- odsetek kobiet uczestniczących w interwencji nacelowanej na modyfikację stylu życia, u których po zakończeniu ww. interwencji odnotowano poprawę w zakresie nawyków żywieniowych (na podstawie zwalidowanego kwestionariusza nawyków żywieniowych np. QEB lub KomPAN) w porównaniu do wyników uzyskanych na kwalifikującej wizycie pielęgniarskiej,
- odsetek kobiet uczestniczących w interwencji nacelowanej na modyfikację stylu życia, u których po zakończeniu ww. interwencji odnotowano wzrost poziomu aktywności fizycznej (na podstawie zwalidowanego kwestionariusza poziomu aktywności fizycznej np. IPAQ), w porównaniu do wyników uzyskanych podczas kwalifikującej wizyty pielęgniarskiej.

Należy zaznaczyć, że ewaluacja będzie opierać się na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu oraz po jego zakończeniu.

VI. Budżet programu polityki zdrowotnej

Konstrukcja budżetu w projekcie PPZ jest bardzo ważnym etapem. Prawidłowe przygotowanie tego punktu pozwala na zabezpieczenie odpowiednio wysokich środków finansowych na poszczególne lata realizacji programu. Konieczne jest, aby w tym punkcie określić szacowane koszty jednostkowe w przeliczeniu na pojedynczego uczestnika PPZ, co można uczynić poprzez zgromadzenie danych o kosztach poszczególnych interwencji zaplanowanych w ścieżce pacjenta.

Informacje te najzasadniej jest pozyskać metodą rynkową poprzez rozesłanie prośby o oszacowanie cen jednostkowych do potencjalnych realizatorów PPZ, działających zazwyczaj na terenie samorządu (zwykle będą to podmioty wykonujące działalność leczniczą). Możliwe jest również skorzystanie z danych ogólnodostępnych w cennikach publikowanych przez te podmioty w serwisach internetowych, natomiast nie zawsze dane te są aktualne. Zdarza się również, że interesująca samorząd interwencja nie widnieje w spisie usług w cenniku. Stanowczo nie rekomenduje się szacowania cen jednostkowych na podstawie ogólnej wiedzy osoby niebędącej ekspertem na rynku finansowym ochrony zdrowia. W praktyce często dochodzi do takiej sytuacji, co w konsekwencji może prowadzić do niedoszacowania kosztów PPZ, a samorząd po otrzymaniu ofert w ogłoszonym konkursie na realizatora będzie zaskoczony wysokością przedstawionych tam cen. Nierzadko brak funduszy na zwiększenie budżetu przeznaczonego na realizację PPZ skutkuje w takim przypadku podjęciem decyzji o rezygnacji z realizacji programu.

Budżet PPZ musi także obejmować przedstawienie całkowitego kosztu PPZ planowanego do poniesienia w związku z jego realizacją, a rozporządzenie wymaga, aby była to forma tabelaryczna. W przypadku wieloletnich PPZ należy wskazać łączny koszt ich realizacji za cały okres oraz w podziale na poszczególne lata. Jak już wspomniano, w przypadku tego rodzaju programów należy wziąć pod uwagę ryzyka mogące wpłynąć na wzrost kosztów realizacji w kolejnych latach w stosunku do pierwszego roku.

Rekomenduje się, aby PPZ, z uwagi na szeroki zwykle zakres proponowanych usług zdrowotnych, zawierał zapisy o możliwości corocznej indeksacji kosztów jednostkowych, o ile wskaźnik inflacji zmieni się o konkretną wartość. W takim przypadku koszty jednostkowe powinny być indeksowane każdorazowo przed publikacją ogłoszenia o konkursie na wybór realizatora programu. Między innymi z uwagi na rosnące koszty w systemie opieki zdrowotnej, zaleca się coroczne przeprowadzanie konkursów lub – w przypadku tych skutkujących podpisaniem umów wieloletnich – zawieranie w nich zapisów o możliwości indeksowania stawek.

Ostatnim z elementów do opisanie w budżecie jest wskazanie wszystkich źródeł finansowania PPZ. Jeżeli będzie to kilka źródeł, należy wskazać, jaki udział będzie mieć finansowanie pochodzące z innego źródła niż budżet podmiotu, który opracował ten program.

PRZYKŁAD

VI. Budżet programu polityki zdrowotnej

1. Koszty jednostkowe

Nazwa interwencji	Koszt interwencji (zł)
1. Działania edukacyjne (1 wykład)	1 000,00
2. Kwalifikująca wizyta pielęgniarska	150,00
A. Pierwsza konsultacja dietetyczna	200,00
B. Indywidualny 28-dniowy jadłospis	300,00
C. Dofinansowanie zajęć aktywności fizycznej	200,00
D. Druga konsultacja dietetyczna	150,00

2. Planowane koszty całkowite

Rodzaj kosztu	Liczba	Jedn.	Cena (zł)	Wartość (zł)
1. Działania edukacyjne	10	wykład	1 000,00	10 000,00
2. Kwalifikująca wizyta pielęgniarska	500	osoba	150,00	75 000,00
A. Pierwsza konsultacja dietetyczna	500	osoba	200,00	100 000,00
B. Indywidualny 28-dniowy jadłospis	500	osoba	300,00	150 000,00
C. Dofinansowanie zajęć aktywności fizycznej	500	osoba	200,00	100 000,00
D. Druga konsultacja dietetyczna	500	osoba	150,00	75 000,00
3. Koszty pośrednie (koordynacja programu, działania informacyjne, monitorowanie i ewaluacja)	1	działanie	5 000,00	5 000,00
Koszty programu				515 000,00

Łączny szacowany koszt programu planowany jest na poziomie 515 000 zł. Kwoty przewidywane na realizację programu mogą podlegać modyfikacjom w poszczególnych latach realizacji w zależności od możliwości finansowych Gminy Michałkowice oraz ewentualnych zmian 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 Michałkowice oraz Narodowego Funduszu Zdrowia. Gmina będzie realizowała program zdrowotny z dofinansowaniem 40% kosztów działań realizowanych w programie przez Śląski 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 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.

VII. Bibliografia

Lista wykorzystanych podczas opracowania projektu PPZ źródeł to punkt, o którym JST często zapominają. Zdarzają się również projekty, w których nie odnoszono się do żadnych źródeł, nie wiadomo zatem, na jakiej podstawie zostały opracowane. Należy w tym miejscu wymienić publikacje, które posłużyły do przygotowania PPZ, w szczególności zawierające dane epidemiologiczne podawane w PPZ i uzasadniające wybór problemu zdrowotnego.

5. Przykłady źródeł zewnętrznych umożliwiających pozyskiwanie środków finansowych na realizację zadań w obszarze chorób nowotworowych

Finansowanie zadań w obszarze profilaktyki chorób nowotworowych może pochodzić z wielu źródeł, co zwiększa możliwości planowania i realizacji skutecznych działań lokalnych. Jednym z podstawowych źródeł są środki jednostek samorządu terytorialnego, które mogą być przeznaczane na programy polityki zdrowotnej, edukację zdrowotną, kampanie informacyjne i działania promujące zdrowy styl życia. Ważną rolę odgrywa Narodowy Fundusz Zdrowia, finansujący świadczenia opieki zdrowotnej, w tym szczególnie poprzez dofinansowanie programów polityki zdrowotnej. Istotnym źródłem wsparcia może być również Ministerstwo Zdrowia, które inicjuje, finansuje lub współfinansuje programy oraz działania o znaczeniu krajowym. W finansowaniu i współrealizacji zadań mogą uczestniczyć także pacjenci, szczególnie wtedy, gdy działania wymagają ich aktywnego udziału, zaangażowania czasowego lub częściowego współfinansowania. Szkoły mogą wspierać profilaktykę poprzez udostępnianie przestrzeni, udział w działaniach edukacyjnych oraz współorganizowanie inicjatyw skierowanych do dzieci, młodzieży i rodziców.

Organizacje pozarządowe często pełnią funkcję partnerów merytorycznych i organizacyjnych, pomagając docierać do określonych grup mieszkańców oraz prowadzić działania edukacyjne. Placówki zdrowotne mogą wносить zasoby kadrowe, wiedzę specjalistyczną i doświadczenie w realizacji programów związanych z profilaktyką onkologiczną. Dodatkowe możliwości tworzy partnerstwo publiczno-prywatne, w którym samorząd współpracuje z podmiotami prywatnymi w celu finansowania, promocji lub organizacji działań profilaktycznych. Znaczącym źródłem finansowania mogą być także środki unijne, które pozwalają rozwijać większe projekty, wzmacniać współpracę międzyinstytucjonalną i zwiększać dostęp mieszkańców do działań profilaktycznych.

Źródła finansowania zadań w obszarze profilaktyki chorób nowotworowych

Przykładowe źródła finansowania działań profilaktycznych



Różnorodne źródła finansowania = większe możliwości realizacji działań profilaktycznych

6. Źródła wiedzy i dobrych praktyk możliwe do wykorzystania przy planowaniu działań

1) AKTY PRAWNE

Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym

<https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=wdu20150001916>

Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

<https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20042102135>

Rozporządzenie ws. wzoru PPZ i raportu końcowego

<https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20170002476>

Rozporządzenie dotyczące finansowania PPZ przez NFZ

<https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20170000009>

2) AGENCJA OCENY TECHNOLOGII MEDYCZNYCH I TARYFIKACJI

Opinie o PPZ

<https://bip.aotm.gov.pl/repozytorium-ppz-2/opinie-o-projektach-programow-zdrowotnych-realizowanych-przez-jst>

Rekomendacje do PPZ

<https://bip.aotm.gov.pl/repozytorium-ppz-2/rekomendacje-do-zalecanych-technologii-ppz>

Plan pracy Rady Przejrzystości

<https://www.aotm.gov.pl/plany-pracy-rady-przejrzystosci/>

Protokoły z posiedzeń Rady Przejrzystości

<https://bip.aotm.gov.pl/index.php/rada-przejrzystosci/3523-protokoly-rp>

3) DOKUMENTY STRATEGICZNE

Mapa potrzeb 2022-2026

https://dziennikmz.mz.gov.pl/DUM_MZ/2021/69/akt.pdf

Mapa potrzeb 2027-2031

https://dziennikmz.mz.gov.pl/DUM_MZ/2025/42/akt.pdf

Strategia Zdrowa Przyszłość

<https://www.gov.pl/web/zdrowie/zdrowa-przyszlosc-ramy-strategiczne-rozwoju-systemu-ochrony-zdrowia-na-lata-2021-2027-z-perspektywa-do-2030>

Narodowy Program Zdrowia na lata 2021-2026

<https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20210000642>

Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2023-2030

<https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20230002480>

Wojewódzkie Plany Transformacji

<https://basiw.mz.gov.pl/strategie/wojewodzkie-plany-transformacji/>

4) DANE STATYSTYCZNE I EPIDEMIOLOGICZNE

GUS

<https://bdl.stat.gov.pl/bdl/start>

<https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/>

Mapy Potrzeb Zdrowotnych

<https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/>

Krajowy Rejestr Nowotworów

<https://onkologia.org.pl/pl/raporty>

Stan sanitarny kraju

<https://www.gov.pl/web/gis/raport---stan-sanitarny-kraju>

Biuletyn Statystyczny Ministra Zdrowia

<https://ezdrowie.gov.pl/portal/home/badania-i-dane/biuletyn-statystyczny>

Zdrowe Dane NFZ

<https://ezdrowie.gov.pl/portal/home/badania-i-dane/zdrowe-dane>

Zgłaszalność w programach profilaktycznych

<https://ezdrowie.gov.pl/portal/home/badania-i-dane/raport-o-szczepieniach-przeciwno-wirusowi-brodawczaka-ludzkiego-hpv>

<https://www.nfz.gov.pl/dla-pacjenta/programy-profilaktyczne/dane-o-realizacji-programow/>

Zestawienia dla różnych podmiotów

<https://ezdrowie.gov.pl/portal/home/badania-i-dane/zdrowe-dane/zestawienia>

5) BAZY PUBLIKACJI NAUKOWYCH

Polska baza publikacji

<https://scholar.google.com/>

Międzynarodowa baza publikacji

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>