

NAK.0007, 50.2018

**UCHWAŁA NR 283/XLIV/2018
RADY POWIATU W LEGIONOWIE**

z dnia 28 września 2018 r.

w sprawie przyjęcia programu polityki zdrowotnej pn. "Program profilaktyki i wczesnego wykrywania nowotworów gruczołu krokowego wśród mieszkańców Powiatu Legionowskiego na lata 2018 - 2022"

Na podstawie art. 8 pkt 1 i art. 48 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2018 r. poz. 1510 z późn. zm.)¹⁾ w związku z art. 4 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym (t.j. Dz. U. z 2018 r., poz. 995 z późn. zm.)²⁾, Rada Powiatu w Legionowie uchwala, co następuje:

§ 1.

Przyjmuje się program polityki zdrowotnej pn. "Program profilaktyki i wczesnego wykrywania nowotworów gruczołu krokowego wśród mieszkańców Powiatu Legionowskiego na lata 2018 - 2022" w brzmieniu określonym w załączniku do niniejszej uchwały.

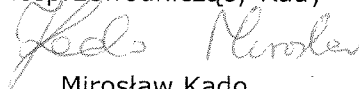
§ 2.

Wykonanie uchwały powierza się Zarządowi Powiatu w Legionowie.

§ 3.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

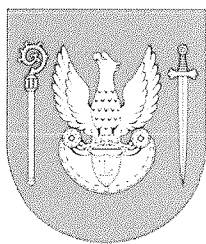
Wiceprzewodniczący Rady



Mirosław Kado

¹⁾ Zmiany tekstu jednolitego uchwały zostały ogłoszone w Dz. U. z 2018 poz. 1515; poz. 1532 oraz poz. 1544

²⁾ Zmiany tekstu jednolitego uchwały zostały ogłoszone w Dz. U. z 2018 poz. 1000, poz. 1349; poz. 1432



Powiat
Legionowski

Załącznik do uchwały Nr 283/XLIV/2018

Rady Powiatu w Legionowie

z dnia 28 września 2018 r.

**Program profilaktyki i wczesnego wykrywania nowotworów gruczołu
krokowego wśród mieszkańców Powiatu Legionowskiego na lata 2018-2022**

Podstawa prawna: Art. 48 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych [Dz. U. z 2017r. poz. 1938 z późn.zm.]

Legionowo, 2018

1. Nazwa programu:

Program profilaktyki i wczesnego wykrywania nowotworów gruczołu krokowego wśród mieszkańców Powiatu Legionowskiego na lata 2018-2022

2. Okres realizacji programu: 2018-2022

3. Autorzy programu: dr n. med. Joanna Woźniak-Holecka, dr n. o zdr. Karolina Sobczyk

Dokument opracowano pod kierunkiem p. Jolanty Grzybowskiej – koordynatora z ramienia Wydziału Spraw Społecznych Starostwa Powiatowego w Legionowie

4. Kontynuacja/trwałość programu:

Opisywany program polityki zdrowotnej stanowi kontynuację programów realizowanych w poprzednim okresie, które nie uzyskały pozytywnej opinii AOTMiT. Zadania w zakresie profilaktyki wtórnej nowotworu gruczołu krokowego finansowane były przez Starostwo Powiatowe w Legionowie w latach 2001-2010 oraz 2016-2017.

5. Dane kontaktowe:

Starostwo Powiatowe w Legionowie
ul. gen. Władysława Sikorskiego 11
05-119 Legionowo
tel. 22 7640 100

6. Data opracowania programu: 20.06.2018r.

SPIS TREŚCI

I. Opis choroby lub problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej.....	4
1. Opis problemu zdrowotnego	4
2. Dane epidemiologiczne	9
3. Opis obecnego postępowania	13
4. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu	15
II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji	18
1. Cel główny:	18
2. Cele szczegółowe:	18
3. Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej	19
III. Charakterystyka populacji docelowej oraz charakterystyka interwencji, jakie są planowane w ramach programu polityki zdrowotnej	19
1. Populacja docelowa.....	20
2. Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej	20
3. Planowane interwencje:.....	21
4. Sposób udzielania świadczeń w ramach programu polityki zdrowotnej	27
5. Sposób zakończenia działań w programie i możliwość kontynuacji otrzymywania świadczeń zdrowotnych przez uczestników programu, jeżeli istnieją wskazania	27
IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej	28
1. Etapy programu polityki zdrowotnej i działania podejmowane w ramach etapów	28
2. Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych	29
V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej.....	31
1. Monitorowanie	31
2. Ewaluacja	31
VI. Budżet programu polityki zdrowotnej	32
1. Koszty jednostkowe	32
2. Koszty całkowite	32
3. Źródła finansowania	33

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

1. Opis problemu zdrowotnego

Gruczoł krokowy (inaczej: stercz, łac. prostata) jest to nieparzysty narząd zbudowany z dwóch płatów: lewego i prawego, połączonych węższą, ulokowany poniżej pęcherza moczowego w miednicy mniejszej. Przez jego miąższ przebiega część sterczowa cewki moczowej, natomiast tylna część stercza przylega bezpośrednio do odbytnicy. Gruczoł krokowy pod względem swojego położenia i patologii stanowi część składową układu moczowego, czynnościowo jednak należy do układu płciowego i jest też jego częścią składową. Wydzielina gruczołu krokowego stanowi około 15 – 25% objętości nasienia i dzięki wysokiej zawartości glukozy stanowi materiał energetyczny dla plemników. Produkowane przez gruczoł krokowy prostaglandyny odpowiedzialne są za ruchliwość plemników¹.

Rak gruczołu krokowego (RGK) jest jednym z najczęściej rozpoznawanych nowotworów u mężczyzn w wielu krajach Europy oraz w Ameryce Północnej. W ostatnich latach obserwuje się istotny wzrost liczby zachorowań, co można wiązać przede wszystkim z wydłużeniem średniej długości życia, ale również z wprowadzeniem pod koniec lat 80. powszechnego oznaczania stężenia swoistego antygenu sterczowego (PSA) w surowicy krwi. Rak gruczołu krokowego dotyczy głównie mężczyzn w podeszłym wieku. Ze względu na powolny przebieg kliniczny i współistniejące ryzyko zgonu z innych przyczyn, prawdopodobieństwo zgonu z powodu raka jest niższe niż w przypadku innych nowotworów².

Do najważniejszych czynników ryzyka należą uwarunkowania genetyczne (kilkukrotnie większe ryzyko zachorowania dotyczy mężczyzn, których krewni I stopnia chorowali lub chorują na RGK). Dziedziczny RGK dotyczy około 9% zachorowań i jest rozpoznawany, jeśli nowotwór występuje u przynajmniej 3 krewnych pierwszej linii lub u przynajmniej 2 w wieku poniżej 55 lat³. Ryzyko rozwoju RGK u mężczyzn, których krewni pierwszego stopnia zachorowali na ten nowotwór, jest dwukrotnie większe od ryzyka występującego u mężczyzn, których krewni nie chorują lub nie chorowali na RGK. Z kolei ryzyko rozwoju RGK

¹ <https://eurologia.pl/g/169,anatomia-stercza> (dostęp 24.05.2018).

² E. Senkus-Konefka, A. Antoniewicz, A. Borkowski i wsp., Zalecenia dotyczące postępowania w raku gruczołu krokowego - konferencja okrągłego stołu, Onkologia w Praktyce Klinicznej, Tom 3, nr 3, 103–119.

³ A. Stelmach, P. Potemski, Nowotwory układu moczowo-płciowego. http://onkologia.zalecenia.med.pl/pdf/PTOK_2013_07_Nowotwory%20układu%20moczowo-płciowego.pdf (dostęp 25.05.2018).

u mężczyzn mających co najmniej dwóch krewnych pierwszego stopnia chorujących na ten nowotwór jest 5–11-krotnie większe niż u pozostałych⁴.

Do pozostałych czynników związanych z podwyższonym ryzykiem rozwoju raka stercza należą⁵:

- wiek - ryzyko zachorowania na raka prostaty w dużym stopniu zależy od wieku, rośnie znacząco po ukończeniu 50 r.ż.,
- obciążenie rodzinne - wykazano występowanie predyspozycji do raka prostaty w rodzinie, zwłaszcza u mężczyzn, których ojciec lub brat ma lub miał tę chorobę,
- otyłość i dieta wysokotłuszczowa - zawartość czerwonego mięsa lub nabiału w diecie nieznacznie zwiększa ryzyko wystąpienia raka prostaty,
- brak aktywności fizycznej,
- narażenie na androgeny (męskie hormony płciowe).

Wśród możliwych czynników etiologicznych RGK wymienia się również czynniki środowiskowe, takie jak: dieta, wzorce zachowań seksualnych, spożycie alkoholu, ekspozycja na promieniowanie ultrafioletowe i narażenie na czynniki zawodowe⁶.

W badaniach przesiewowych w kierunku raka gruczołu krokowego potencjalne zastosowanie może mieć palpacyjna ocena gruczołu krokowego przez odbytnicę (badanie per rectum), oznaczanie stężenia PSA w surowicy i ultrasonograficzne badanie przezodbytnicze. Czułość wymienionych badań wynosi odpowiednio 45%, 75% i 91%, natomiast ich swoistość ocenia się na 98%, 91% i 65%⁷. Badanie per rectum pozwala na ocenę przylegającej do przedniej ściany odbytnicy tylnej części gruczołu, w której umiejscawia się większość raków. Badanie umożliwia wykrycie zmian o objętości powyżej 0,2 ml⁸.

Nowotwór gruczołu krokowego w około 70-80% obserwowanych przypadków rozwija się w strefie obwodowej, nie dając objawów klinicznych przez długi czas. Płat obwodowy gruczołu jest wprawdzie dostępny podczas badania palpacyjnego przez odbytnicę, ale często u pacjentów w starszym wieku łagodny przerost (BPH – *ang.* benign prostate hyperplasia), nie

⁴ Steinberg GD, Carter BS, Beaty TH, Childs B, Walsh PC. Family history and the risk of prostatic cancer. *Prostate* 1990; 17(4): 337–347.

⁵ <http://www.esmo.org/content/download/105561/1852219/file/PL-Rak-Gruczo%C5%82u-Krokowego-Poradnik-dla-Pacjent%C3%B3w.pdf> (dostęp 24.05.2018).

⁶ Kolonel LN, Altshuler D, Henderson BE. The multiethnic cohort study: exploring genes, lifestyle and cancer risk. *Nat Rev Cancer* 2004 Jul; 4(7): 519– 527.

⁷ Watanabe H., Kojima M. The role of transrectal ultrasound in pro-state cancer and its use in biopsy. W: Kaisary A.V., Murphy G.P., Denis L., Griffiths K. (red.). *Textbook of prostate cancer pathology, diagnosis and treatment.* Martin Dunitz Ltd., Londyn 1999.

⁸ Wytyczne postępowania u chorych na raka stercza - opracowane i przyjęte przez Polskie Towarzystwo Urologiczne, Warszawa 2011.

<http://pturol.org.pl/Image/files/Guidelines%20WYTYCZNE%20rak%20stercza.pdf> (dostęp 30.05.2018).

jest jednoznaczny z chorobą nowotworową i nie wskazuje na konieczność biopsji diagnostycznej. Zmiana nowotworowa powiększając się może powodować następujące objawy⁹:

- częstsze oddawanie moczu w nocy i w dzień,
- parcie na mocz typu naglącego,
- zaleganie moczu w pęcherzu, czy też całkowite zatrzymanie moczu,
- bóle w okolicy krocza,
- zaburzenia wzrodu.

Inne, rzadsze objawy to obecność krwi w moczu i nasieniu, bóle kości i utrata kontroli nad pęcherzem, jednak są one mniej swoiste niż wymienione uprzednio.

U młodych mężczyzn, u których rak rozwija się bez towarzyszącego przerostu BPH, guz w obrębie gruczołu często rośnie w sposób niemy objawowo i wykrywany jest w stadium bardziej zaawansowanym. Rozwijając się dalej przekracza torebkę narządu, nacieka pęcherzyki nasienne, cewkę moczową oraz tkanki miękkie i okoliczne narządy (pęcherz moczowy, odbytnicę). Nowotwór w obrębie gruczołu ma charakter wielogniskowy, a poza jego torebką często szerzy się wzdłuż przestrzeni okołonerkowych. Infiltracja pęcherza moczowego i cewki może powodować krwimocz, natomiast naciekanie szyi, trójkąta pęcherza czy ujść moczowodowych przyczynia się do powstawania zastoju w drogach moczowych, wodonercza i niewydolności nerek. Naciek odbytnicy może powodować ból podczas oddawania stolca i krwawienie z odbytu¹⁰.

Przerzuty raka gruczołu krokowego rozprzestrzeniają się drogą naczyń krwionośnych, głównie do kości (kręgosłup, miednica, żebra, kości kończyn dolnych), rzadziej do wątroby, płuc i mózgu. Zmiany przerzutowe w obrębie kośćca mają z reguły charakter osteoblastyczny i powodują przede wszystkim dolegliwości bólowe, często mylone z bólami reumatycznymi, pourazowymi bądź zwyrodnieniowymi. Niekiedy na plan pierwszy wysuwają się objawy neurologiczne (związane głównie z kompresją rdzenia kręgowego) lub objawy ogólne wynikające z hiperkalcemii i supresji szpiku kostnego. Przerzuty z gruczołu do węzłów zastońowych, okołoaortalnych, pachwinowych rozwijają się drogą naczyń chłonnych i są z reguły bezobjawowe¹¹.

⁹Borówka A., Fijuth J., Potemski P. Rak gruczołu krokowego; Zalecenia postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w nowotworach złośliwych; 2013 r., str. 335-351.

¹⁰Krzakowski M., Herman K., Jassem J., Jędrzejczak W., Kowalczyk JR., Podolak Dawidziak i wsp.: Zalecenia postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w nowotworach złośliwych. *Via Medica* 2007, 3, supl C: 274-76.

¹¹ Ibidem.

Między 30 a 40 rokiem życia rak gruczołu krokowego jest wykrywany bardzo rzadko, częstość jego występowania wzrasta wyraźnie po 50 roku życia. Najwięcej, 80% wszystkich przypadków raka gruczołu krokowego, rozpoznaje się po 65 r.ż. Znaczną grupę mężczyzn z rozpoznaniem raka stercza stanowią osoby po 80 r.ż. Jednak u większości mężczyzn w tym wieku rak prostaty nie zostaje zdiagnozowany w ciągu życia i nie stanowi bezpośredniej przyczyny śmierci¹².

Wykrywalność RGK w ostatnim dwudziestolecu zwiększa się dynamicznie, głównie dzięki upowszechnieniu oznaczania stężenia swoistego antygenu sterczowego (PSA, prostate-specific antigen) w surowicy, które umożliwia wykrywanie raków bezobjawowych). Określenie stężenia PSA w surowicy krwi ma kluczowe znaczenie dla rozpoznania RGK, choć ten marker nie jest swoisty dla RGK, bowiem jego stężenie wzrasta także w następstwie rozrostu łagodnego oraz zapalenia stercza¹³.

Ponad 95% rozpoznawanych raków gruczołu krokowego stanowią gruczolakoraki. Zwykle powstają w strefie obwodowej stercza, zwłaszcza w jej części wierzchołkowej, i najczęściej są wielogniskowe. Charakterystyczną ich cechą jest szerzenie się komórek nowotworowych wzdłuż przestrzeni okołonерwowych. W wyniku dalszego rozwoju miejscowego może dojść do zajęcia pęcherzyków nasiennych, szyi oraz trójkąta pęcherza moczowego i ujść moczowodowych, co przyczynia się do powstania wodonercza i niewydolności nerek. Znacznemu zaawansowaniu miejscowemu towarzyszą przerzuty w węzłach chłonnych (w pierwszej kolejności węzły chłonne zasłonowe oraz węzły poniżej rozwidlenia naczyń biodrowych wspólnych) oraz przerzuty odległe (zwykle w kościach, rzadziej w płucach, mózgu lub wątrobie).

Prawidłowe stężenie PSA w surowicy krwi wynosi od 0 do ok. 4 ng/ml. Wzrost stężenia PSA nasuwa podejrzenie raka, jednak blisko 25% mężczyzn z podwyższonym stężeniem PSA nie ma raka, a blisko 20% chorych na raka stercza ma prawidłowe stężenie PSA w surowicy. Podwyższone stężenie PSA może też być związane z łagodnymi schorzeniami, takimi jak zapalenie i łagodny przerost gruczołu krokowego oraz zabiegami w okolicy stercza, takimi jak cewnikowanie pęcherza moczowego, ultrasonografia przezodbytnicza, biopsja gruczołu, cystoskopia i przezcewkowe zabiegi endoskopowe. Przejściowy wzrost stężenia PSA w surowicy wywołuje też wytrysk nasienia – dlatego zaleca się pobieranie krwi celem

¹² Heise M., Haus O. Dziedziczny rak gruczołu krokowego; Postepy Hig Med Dosw (online), 2014; 68: 653-665 e-ISSN 1732-2693.

¹³ A. Stelmach, P. Potemski, Nowotwory układu moczowo-płciowego... op. cit.

oznaczenia PSA po dwudniowej wstrzemięźliwości płciowej¹⁴. W przypadku stwierdzenia podwyższonego stężenia PSA w surowicy, wskazany jest kontakt z urologiem, wykonanie badania lekarskiego, USG i dalsze postępowanie diagnostyczne. W przypadku podejrzenia raka gruczołu krokowego wykonuje się biopsję prostaty (pobranie igłą pod kontrolą USG tkanki z podejrzanych miejsc w gruczole krokowym). Dysponując powyższymi wynikami badania (przezodbytniczego, stężeniem PSA i wynikiem badania histopatologicznego potwierdzającym obecność raka gruczołu krokowego), lekarz prowadzący przedstawia choremu możliwe sposoby leczenia.

Rak stercza wykryty wcześniej nie jest zwykle chorobą nieuleczalną. Możliwości leczenia raka stercza są uzależnione przede wszystkim od stopnia zaawansowania choroby, ale również od wieku, w jakim zdiagnozowano chorobę, od ogólnej formy pacjenta, współistniejących chorób, takich jak choroby serca, nadciśnienie, cukrzyca, otyłość. Wskutek coraz lepszej dostępności do badań takich jak PSA, na całym świecie wzrasta liczba nowotworów rozpoznawanych we wczesnych stopniach zaawansowania. Część z nich ma bardziej łagodny charakter i przebieg tak powolny, że nie zagraża on pacjentowi, w takim przypadku nie jest wymagane agresywne leczenie. Jednocześnie jednak prowadzona jest obserwacja urologiczno-onkologiczna (tzw. aktywny nadzór)¹⁵.

Obecnie dostępnych jest kilka różnych metod leczenia mężczyzn chorych na raka gruczołu krokowego. Wśród nich do najważniejszych możemy zaliczyć¹⁶:

1. leczenie operacyjne (prostatektomia radykalna),
2. radioterapię,
3. leczenie hormonalne,
4. chemioterapię.

Ad. 1. Leczenie operacyjne (chirurgiczne) raka stercza polega na wykonaniu prostatektomii radykalnej (radical prostatectomy – RP), która obejmuje usunięcie całego gruczołu krokowego, pomiędzy cewką i pęcherzem moczowym, oraz resekcję pęcherzyków nasiennych wraz z odpowiednią ilością otaczających tkanek. Niejednokrotnie podczas tej operacji usuwa się również obustronnie węzły chłonne miedniczne. Prostatektomia radykalna jest jednym z zalecanych standardów leczenia u chorych z rakiem stercza średniego ryzyka i przewidywaną

¹⁴ <http://onkologia.org.pl/rak-gruczołu-krokowego/> (dostęp 3.06.2018).

¹⁵ B. Więckowska „Proces leczenia w Polsce – analizy i modele. TOM I Onkologia” Publikacja Ministerstwa Zdrowia; 2015, str. 269-286.

¹⁶ Ibidem.

długością życia powyżej 10 lat. Rokowanie jest bardzo dobre, jeśli nowotwór w badaniu histopatologicznym jest ograniczony do stercza¹⁷.

Ad. 2. Radioterapia polega na wykorzystaniu promieniowania rentgenowskiego do zniszczenia komórek nowotworowych. Promieniowanie nie działa wybiórczo, co sprawia, że niekiedy uszkodzane są nie tylko struktury chore, ale także zdrowe narządy znajdujące się na przebiegu wiązki promieniowania. Radioterapia wykorzystywana jest zarówno do radykalnej, czyli mającej na celu całkowite wyleczenie terapii, jak również do leczenia paliatywnego, którego zadaniem jest poprawa jakości życia chorych z zaawansowanym procesem nowotworowym.

Ad. 3. Leczenie hormonalne polega na zmniejszeniu stężenia testosteronu, w wyniku czego dochodzi do spowolnienia progresji raka stercza, a nawet zmniejszenia obecnych w chwili rozpoznania zmian. Rak gruczołu krokowego jest nowotworem, którego wzrost zależy od męskich hormonów płciowych – androgenów, głównie testosteronów. W przypadku raka stercza androgeny stymulują wzrost i podział komórek nowotworowych. Leczenie hormonalne stosowane jest głównie u osób z zaawansowaną chorobą nowotworową, jest leczeniem paliatywnym i nie prowadzi do wyleczenia. Leczenie to spowolnienia postępu choroby, zmniejszenia przerzuty. Stosuje się je jako leczenie uzupełniające w połączeniu z radioterapią. Jest również opcją leczenia w przypadku nawrotu raka stercza po leczeniu radykalnym¹⁸.

Ad. 4. Chemioterapia poprawia jakość życia, obniża stężenie PSA, redukuje wielkość nowotworu i wydłuża przeżycie, co zostało potwierdzone w badaniach klinicznych. O leczeniu chemioterapią decyduje lekarz onkolog w oparciu o całkowity przebieg choroby i stan chorego. Chemioterapia jest wykorzystywana wyłącznie u chorych z przerzutowym rakiem gruczołu krokowego opornym na kastrację.

2. Dane epidemiologiczne

Nowotwory złośliwe gruczołu krokowego powodują ogółem u mężczyzn około 8% zgonów. Rak gruczołu krokowego bardzo rzadko występuje przed 50. rokiem życia (1% zachorowań, 0,4% zgonów). Prawie połowa zachorowań występuje u mężczyzn, którzy w momencie rozpoznania byli w wieku 50-70 lat, 53% zachorowań i prawie 80% zgonów u mężczyzn po 70. roku życia. Ryzyko zgonu z powodu tego nowotworu wzrasta wraz

¹⁷ A. Heidenreich, M. Bolla, S. Joniau, M.D. Mason, V. Matveev, N. Mottet, H-P. Schmid, T.H. van der Kwast, T. Wiegel, F. Zattoni, Wytyczne postępowania u chorych na raka stercza. Polskie Towarzystwo Urologiczne; Warszawa 2011.

¹⁸ Chłosta P., Skoneczna I., Rogowski W., Gryglewicz J., Domańska-Sadynica M., Ambroziewicz B. Poprawa efektywności profilaktyki, diagnostyki i skuteczności leczenia nowotworu gruczołu krokowego, Rekomendacje; Fundacja Wygrajmy Zdrowie; Warszawa 2017.

z wiekiem począwszy od siódmej dekady życia. Większość zgonów z powodu nowotworów złośliwych gruczołu krokowego występuje po 75 roku życia (60%), przy czym ponad 90% zgonów odnotowano po 60 roku życia. Najwięcej zgonów u mężczyzn notuje się w na przełomie ósmej i dziewiątej dekady życia.

Zachorowalność na nowotwory złośliwe gruczołu krokowego u mężczyzn wzrastała systematycznie w ciągu ostatnich trzech dekad, ale tempo to wyraźnie się zwiększyło w połowie lat 90-tych. Z kolei umieralność na ten nowotwór rosła do początku XXI wieku, ale w ostatnich latach nastąpiło zahamowanie tej tendencji. Rak gruczołu krokowego jest obecnie drugim po raku płuca nowotworem najczęściej występującym u mężczyzn. W krajach rozwiniętych, takich jak Stany Zjednoczone oraz Europa Zachodnia, wskaźniki zachorowalności, jak i umieralności na ten typ raka uległy w ostatnich latach obniżeniu, natomiast w Polsce sytuacja jest odwrotna, do czego przyczynia się niewątpliwie zaawansowana wczesna diagnostyka raka prostaty, jak również stosowanie najnowszych metod leczenia¹⁹.

Zachorowalność na nowotwory gruczołu krokowego w Polsce jest niższa o około 45% niż przeciętna dla krajów Unii Europejskiej - w 2010 roku współczynnik umieralności wynosił $32,3/10^5$, natomiast średnia dla krajów Unii Europejskiej – $69,5/10^5$, natomiast umieralność z powodu nowotworów gruczołu krokowego jest nieco wyższa niż przeciętna dla krajów Unii Europejskiej - w 2010 roku współczynnik umieralności wynosił $12,4 \cdot 10^5$, natomiast średnia dla krajów Unii Europejskiej – $12,1/10^5$ (dane z 2009 roku)²⁰.

Wśród ogółu zarejestrowanych w 2015 r. w woj. mazowieckim nowotworów złośliwych u mężczyzn najczęstsze rozpoznanie (20,7%), stanowił właśnie nowotwór gruczołu krokowego. Standaryzowane współczynniki zachorowalności osiągnęły w roku 2015 następujące wartości: dla raka gruczołu krokowego 45,3, płuca 40,7, pęcherza moczowego 13,8, okrężnicy 13,2, odbytnicy i odbytu 12,5 oraz skóry 10,8 na 100 000 mężczyzn²¹.

Największy udział w liczbie nowych przypadków nowotworu złośliwego gruczołu krokowego w Polsce odnotowano w grupie wiekowej 65-74 lat, natomiast najmniej grupie wiekowej 0-44 lat. W województwie mazowieckim najwięcej nowych przypadków odnotowano w grupie wiekowej 65-74 lat, co stanowiło 38% wszystkich nowych przypadków nowotworu złośliwego gruczołu krokowego, natomiast nie odnotowano prawie żadnych nowych przypadków w grupie wiekowej 0-44 lat. Mniejszy udział w nowych przypadkach

¹⁹ <http://onkologia.org.pl/rak-gruczolu-krokowego/> (dostęp 3.06.2018).

²⁰ Ibidem.

²¹ M. Zwierko, U. Wojciechowska, J. Lissowska, U. Sulkowska, J. Łobaszewski, Nowotwory złośliwe w woj. mazowieckim w 2015 roku, Mazowiecki Rejestr Nowotworów, Warszawa 2017.

nowotworu złośliwego gruczołu krokowego (w stosunku do Polski) miały grupy wiekowe 65-74 lat (38%), 55-64 lat (26%) oraz 45-54 lat (3%). Większy udział w nowych przypadkach nowotworu złośliwego gruczołu krokowego (w stosunku do Polski) miały grupy wiekowe 75-84 lat (27%), powyżej 85 lat (5%) oraz 0-44 lat (blisko 0%)²².

Najczęstszą przyczyną zgonu w woj. mazowieckim z powodu nowotworów złośliwych w populacji mężczyzn był w 2015 r. rak płuca (30,2% ogółu zgonów nowotworowych wśród mężczyzn). Kolejne miejsca zajmowały rak gruczoł u krokowego (9,2%), okrężnicy, żołądka, trzustki, pęcherza moczowego oraz odbytnicy i odbytu. Standaryzowane współczynniki umieralności wynosiły dla poszczególnych rozpoznań: rak płuca 53,2, gruczołu krokowego 13,5, okrężnicy 12,4, żołądka 9,1, trzustki 8,7, pęcherza moczowego 6,9 oraz odbytnicy i odbytu 7,3 zgonów na 100 000 mężczyzn. Największe wartości odsetka 5-letnich przeżyć obserwowano m.in. dla mężczyzn chorych na raka gruczołu krokowego (85,4%)²³.

Województwo mazowieckie charakteryzowało się jedną z najwyższych wartości współczynnika chorobowości szpitalnej z powodu nowotworu złośliwego gruczołu krokowego w roku 2012. Wartość surowego współczynnika (50) dała pozycję trzeciego dotkniętego tym problemem województwa w kraju. Po standaryzacji, wartość współczynnika nie zmieniła się (50), lecz wyznaczała trzecią pozycję w kraju, dla porównania wartość ta dla Polski wyniosła 43,09²⁴.

Nowotwory złośliwe w roku 2015 stanowiły drugą co do częstości przyczynę zgonów (26,7%) w populacji województwa mazowieckiego, po chorobach układu krążenia (45,4%). W porównaniu z rokiem 2014 nastąpił wzrost odsetka zgonów z tego powodu z 26,1% tj. o 0,5%. W analizowanym okresie odnotowano ponad 14,1tys. zgonów z powodu nowotworów złośliwych, a standaryzowany współczynnik umieralności wyniósł 99,1/100tys. ludności w przypadku kobiet oraz 164,5/100tys. ludności w przypadku mężczyzn. Najczęstszą przyczyną zgonu wśród mężczyzn były nowotwory płuca (30,2%), gruczołu krokowego (9,2%) i okrężnicy (7,6%).

Poziom umieralności z powodu nowotworu złośliwego gruczołu krokowego w powiatach województwa mazowieckiego cechuje się dużym zróżnicowaniem przy relatywnie niewielkiej

²² Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie onkologii dla województwa mazowieckiego
http://www.archiwum.mz.gov.pl/wp-content/uploads/2015/12/MPZ_onkologia_mazowieckie.pdf (dostęp 01.06.2018).

²³ M. Zwierko, U. Wojciechowska, J. Lissowska, U. Sulkowska, J. Łobaszewski, Nowotwory złośliwe w woj. mazowieckim.... op. cit.

²⁴ ibidem.

liczbie bezwzględnej zgonów. W powiecie legionowskim obserwowano wysoki poziom umieralności - ok. 20% powyżej poziomu ogólnopolskiego²⁵.

W woj. mazowieckim w 2015 roku obserwowano znaczne przestrzenne zróżnicowanie współczynników zachorowalności na nowotwory złośliwe i umieralności z powodu tych chorób w poszczególnych powiatach, zarówno dla populacji mężczyzn, jak i populacji kobiet. Współczynnik zachorowalności na nowotwory złośliwe wśród mężczyzn w powiecie legionowskim osiągnął wartość niższą w porównaniu do wojewódzkiej (194,8/100 tys. ludności vs. 228,6/100 tys. ludności). Podobną sytuację zaobserwowano w odniesieniu do współczynnika zachorowalności wśród kobiet (157,7/100 tys. ludności vs. 194,9/100 tys. ludności). Podkreślić natomiast należy, iż współczynnik umieralności z powodu nowotworów złośliwych w powiecie legionowskim był wyższy w porównaniu do wartości w województwie (w przypadku kobiet: 103,3/100 tys. ludności vs. 99,1/100 tys. ludności; w przypadku mężczyzn: 172,9/100 tys. ludności vs. 164,5/100 tys. ludności)²⁶.

²⁵ Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie onkologii dla województwa mazowieckiego
http://www.archiwum.mz.gov.pl/wp-content/uploads/2015/12/MPZ_onkologia_mazowieckie.pdf (dostęp 01.06.2018).

²⁶ Zwierko M. i in.: Nowotwory złośliwe w woj. mazowieckim w 2015 roku... op. cit.

3. Opis obecnego postępowania

Pacjenci dotknięci problemem nowotworu gruczołu krokowego mają prawo do korzystania ze świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia ambulatoryjnego oraz stacjonarnego, rehabilitacji leczniczej oraz lecznictwa uzdrowiskowego. Świadczenia te finansowane są ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia. Osoby z podejrzeniem choroby onkologicznej oraz chorzy ze stwierdzeniem nowotworu od roku 2015 mogą korzystać z tzw. szybkiej terapii onkologicznej, zapewniającej kompleksową opiekę na każdym etapie choroby²⁷. Ponadto w opiece ambulatoryjnej gwarantuje się pacjentom onkologicznym m.in. prawo do korzystania ze specjalistycznej porady w zakresie onkologii, leczenia bólu oraz chirurgii onkologicznej²⁸. 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 szpitalnych²⁹). Pacjenci z chorobą nowotworową mogą również korzystać ze świadczeń gwarantowanych z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego, stanowiącego integralny element profilaktyki wtórnej³⁰. Chorzy na nowotwór gruczołu krokowego mogą być kierowani do zakładów lecznictwa uzdrowiskowego świadczących usługi w ramach profilu chorób nerek i dróg moczowych (nefrologia i urologia), po upływie co najmniej 12 miesięcy od zakończenia leczenia operacyjnego, CTH lub RTH³¹.

W Programie wieloletnim na lata 2016–2024 „Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych” profilaktyka raka prostaty wpisuje się zarówno w cel główny programu, którym jest: „dążenie do przybliżenia się do wskaźników europejskich w zakresie 5-letnich przeżyć chorych na nowotwory mające największy udział w strukturze zgonów na nowotwory w Polsce”, jak i poszczególne priorytety:

1. Promocja zdrowia i profilaktyka nowotworów. Profilaktyka wtórna, diagnostyka oraz wykrywanie nowotworów, a zwłaszcza cele szczegółowe w ramach priorytetu:
 - a) Poprawa wskaźnika wykrywalności nowotworów mających największy udział w strukturze zachorowań na nowotwory;

²⁷ Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych [Dz.U. 2004 nr 210 poz. 2135].

²⁸ Ibidem.

²⁹ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz.U. 2013 poz. 1522).

³⁰ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 lipca 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego [Dz.U. 2015 poz. 2027].

³¹ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 5 stycznia 2012 r. w sprawie sposobu kierowania i kwalifikowania pacjentów do zakładów lecznictwa uzdrowiskowego [Dz.U. 2012 poz. 14].

- b) Poprawa wskaźnika przeżywalności chorych na nowotwory mające największy udział w strukturze zgonów na nowotwory).
2. Wsparcie procesu leczenia nowotworów, a zwłaszcza cel szczegółowy w ramach priorytetu:
- a) Poprawa wskaźnika przeżywalności osób chorych na nowotwory, ze szczególnym uwzględnieniem osób chorych na nowotwory mające największy udział w strukturze zgonów na nowotwory w Polsce).
3. Edukacja onkologiczna.
4. Wspomaganie systemu rejestracji nowotworów.

Oznaczenie stężenia PSA oraz konsultacja urologiczna są świadczeniami gwarantowanymi finansowanymi ze środków publicznych i są dostępne w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej³². Badanie PSA może zostać zlecone przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej. Konsultacja urologiczna w ramach ubezpieczenia zdrowotnego możliwa jest wyłącznie na podstawie skierowania od lekarza POZ lub innego lekarza udzielającego świadczenia w ramach ważnej umowy z NFZ. Lekarz POZ kierujący pacjenta do lekarza specjalisty zobowiązany jest do skierowania dołączyć wyniki niezbędnych badań diagnostycznych, umożliwiających potwierdzenie wstępnego rozpoznania. Jeżeli pacjent objęty opieką specjalisty wymaga wykonania dodatkowych badań diagnostycznych, jak oznaczenie PSA, skierowanie na te badania wystawia świadczeniodawca udzielający świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.

Powiat Legionowski w latach 2001-2010 oraz 2016-2017 finansował ze środków własnych realizację zadań w zakresie profilaktyki nowotworu gruczołu krokowego. Populację docelową stanowili mężczyźni w wieku powyżej 40 lat. Program obejmował badania markera PSA, USG transrektalne oraz konsultację urologiczną. W roku 2016 w ramach programu wykonano 220 badań PSA i USG oraz odbyto 10 konsultacji urologicznych. Wykryto 46 nieprawidłowych wyników PSA, 91 odbiegających od normy wyników badań USG nieprawidłowości i 12 podejrzeń nowotworu. W roku 2017 w ramach programu wykonano 187 badań PSA i USG. Wykryto 32 nieprawidłowych wyników PSA, 14 odbiegających od normy wyników badań USG nieprawidłowości i 12 podejrzeń nowotworu³³.

³² Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz.U. 2013 poz. 1413).

³³ Dane własne Starostwa Powiatowego w Legionowie.

Wśród PPZ realizowanych przez inne samorządy, posiadających pozytywną opinię AOTMiT, można wymienić m.in.:

- „Profilaktyka nowotworu gruczołu krokowego” na lata 2017-2019 w Gminie Sopot;
- „Program profilaktyki nowotworu gruczołu krokowego dla mężczyzn zamieszkałych na terenie Gminy Toszek w wieku 50-69 lat”;
- „Program profilaktyki raka gruczołu krokowego” w powiecie bełchatowskim;
- „Program polityki zdrowotnej z zakresu profilaktyki raka gruczołu krokowego na terenie miasta Legnicy w roku 2015”.

4. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu

Przeprowadzone badania przesiewowe mają na celu wczesne wykrycie i rozpoznanie choroby, co zwiększa szansę na wyleczenie. Ze względu na skalę zachorowań, niezadowalające wyniki leczenia raka gruczołu krokowego w Polsce, wynikające ze zbyt późnego rozpoznawania nowotworu, który jest już w stadium zaawansowanym niepozwalającym na wdrożenie skutecznej terapii leczniczej oraz dostępność do badań przesiewowych, uzasadnione jest wdrożenie przedmiotowego projektu.

Okresowe oznaczenie stężenia PSA jest najbardziej przydatną metodą skryningu raka prostaty. Ma ono zastosowanie w odniesieniu do mężczyzn będących w wieku, który uzasadnia poddanie ich leczeniu radykalnemu w razie rozpoznania raka. Prowadzenie skryningu przyczynia się do wykrycia raka stercza u większej liczby mężczyzn, w tym także raka ograniczonego do stercza, który ma małą lub umiarkowaną złośliwość. Badanie to pozwala na wyłonienie spośród chorych na raka gruczołu krokowego dużego odsetka mężczyzn, u których można zastosować leczenie.

Konsultacja urologiczna, oraz ewentualne dalsze badania diagnostyczne w kierunku raka stercza ograniczone są do ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Konsultacja urologiczna w ramach ubezpieczenia zdrowotnego możliwa jest na podstawie skierowania POZ lub innego lekarza udzielającego świadczenia w ramach ważnej umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia. Dzięki możliwości skorzystania z programu polityki zdrowotnej pacjenci trafiają do specjalisty z wynikiem badania, który przyspiesza diagnozę i pozwala na wdrożenie odpowiedniego leczenia.

Ponadto zaplanowany program wpisuje się w krajowe i lokalne strategie zdrowotne, ponieważ jego zakres jest zgodny z:

- Priorytetami zdrowotnymi określonymi Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2018 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych³⁴:
 - *Priorytet 1: zmniejszenie zapadalności i przedwczesnej umieralności z powodu:*
 - a) *chorób układu sercowo-naczyniowego, w tym zawałów serca, niewydolności serca i udarów mózgu,*
 - b) *nowotworów złośliwych,*
 - c) *przewlekłych chorób układu oddechowego,*
 - d) *cukrzycy;*
- Narodowym Programem Zdrowia na lata 2016-2020³⁵:
 - *Cel operacyjny 5: Promocja zdrowego i aktywnego starzenia się.*
- Narodowym Programem Zwalczenia Chorób Nowotworowych na lata 2016–2024
 - *Cel główny: dążenie do przybliżenia się do wskaźników europejskich w zakresie 5-letnich przeżyć chorych na nowotwory mające największy udział w strukturze zgonów na nowotwory w Polsce;*
 - *Priorytet 2: Promocja zdrowia i profilaktyka nowotworów. Profilaktyka wtórna, diagnostyka oraz wykrywanie nowotworów,*
 - *Priorytet 3: Wsparcie procesu leczenia nowotworów, a zwłaszcza cel szczegółowy w ramach priorytetu;*
 - *Priorytet 5: Edukacja onkologiczna.*
 - *Priorytet 6: Wspomaganie systemu rejestracji nowotworów.*
- Priorytetami dla Regionalnej Polityki Zdrowotnej województwa mazowieckiego³⁶:
 - *Priorytet 1: Zapewnienie kompleksowej opieki nad pacjentem z chorobą nowotworową na wszystkich etapach postępowania diagnostyczno-terapeutycznego;*
 - *Priorytet 10: Długofalowa profilaktyka poprzez wdrożenie programów polityki zdrowotnej oraz programów zdrowotnych.*

³⁴ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2018 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych [Dz.U. 2018 poz. 469].

³⁵ Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 4 sierpnia 2016 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016–2020 [Dz.U. 2016 poz. 1492].

³⁶ <https://mazowieckie.pl/pl/aktualnosci/aktualnosci/32810>, Priorytety-regionalnej-polityki-zdrowotnej-na-Mazowszu.html (dostęp 30.05.2018).

- Strategią Rozwiązywania Problemów Społecznych Powiatu Legionowskiego na lata 2016-2025³⁷:
 - *Cel strategiczny 4: Rozwój edukacji, profilaktyki zdrowotnej oraz bezpieczeństwa publicznego wśród dzieci i dorosłych korzystających z systemu pomocy społecznej.*
- Strategią Rozwoju Powiat Legionowskiego na lata 2016-2025³⁸:
 - *Cel operacyjny: Budowanie kapitału społecznego, cel 3.1. Poprawa i dostosowanie ochrony zdrowia i profilaktyki do trendów demograficzno-epidemiologicznych (Główne działania/programy to: współpraca międzysamorządowa w zakresie planowania i realizacji programów profilaktycznych; zabezpieczenie wysokiej jakości usług medycznych na terenie powiatu; poprawa dostępności do informacji dot. służby zdrowia (np. opracowanie i udostępnianie bazy usług zdrowotnych, portal „Zdrowy Powiat”).*

³⁷ Strategia Rozwiązywania Problemów Społecznych Powiatu Legionowskiego na lata 2016-2025, Legionowo 2015, <http://www.legionowo.pcpr.pl/pobierz/1461> (dostęp 10.06.2018).

³⁸ Strategia Rozwoju Powiat Legionowskiego na lata 2016-2025, http://bip.powiat-legionowski.pl/bip/196_splegionowo/fckeditor/file//Strategia_rozwoju_powiatu_do_2025/Strategia_Powiatu_Legionowskiego_na_lata_2016_2025-4.pdf (dostęp 10.06.2018).

II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji

1. Cel główny:

Zwiększenie skuteczności wczesnego wykrywania nowotworów gruczołu krokowego wśród mieszkańców Powiatu Legionowskiego, ze szczególnym uwzględnieniem grup ryzyka, poprzez działania informacyjno-edukacyjne prowadzone w populacji co najmniej 10 000 mężczyzn w wieku 50-69 lat oraz wykonywanie badań przesiewowych w populacji co najmniej 1 000 mężczyzn w wieku 55-69 lat w latach 2018-2022.

2. Cele szczegółowe:

- 1) Zwiększenie wiedzy i świadomości w zakresie profilaktyki pierwotnej i wtórnej raka gruczołu krokowego, w tym czynników ryzyka jego powstawania oraz wczesnych objawów, u co najmniej 30% mężczyzn z populacji docelowej w wieku od 50 do 69 roku życia poprzez działania edukacyjne realizowane w okresie trwania programu w latach 2018-2022.
- 2) Wzrost o co najmniej 1 000 liczby mężczyzn w wieku 55-69 lat z grup ryzyka (posiadających dodatni wywiad rodzinny w kierunku występowania nowotworu gruczołu krokowego w rodzinie), którym udzielono świadczeń w programie w postaci badań przesiewowych w latach 2018-2022.
- 3) Zwiększenie wykrywalności zmian w obrębie stercza, a szczególnie wczesnego stadium raka prostaty oraz łagodnego rozrostu prostaty, w populacji mężczyzn w wieku 55-69 lat z grup ryzyka (posiadających dodatni wywiad rodzinny w kierunku występowania nowotworu gruczołu krokowego w rodzinie), poprzez zapewnienie realizacji co najmniej 200 badań przesiewowych rocznie w ramach programu w latach 2018-2022.

3. Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej

Tab. 1. Mierniki efektywności programu polityki zdrowotnej

Lp.	Miernik efektywności	Wartość docelowa	Sposób pomiaru
1.	Odsetek osób, u których uzyskano wzrost wiedzy z zakresu treści przekazanych w ramach zajęć z edukacji zdrowotnej	co najmniej 30% uczestników programu	Liczba wyników co najmniej dobrych (min. 75% poprawnych odpowiedzi) dla post-testów przeprowadzanych po edukacji zdrowotnej z pre-testami przeprowadzanymi przed edukacją zdrowotną
2.	Odsetek mężczyzn z dodatnim wywiadem w kierunku nowotworu gruczołu krokowego.	co najmniej 9%* uczestników programu	Dane pozyskane od realizatora
3.	Odsetek mężczyzn z dodatnim wynikiem badania PSA.	co najmniej 29%** uczestników II etapu programu	Dane pozyskane od realizatora

*PTOK_2013_07_Nowotwory układu moczowo-płciowego, Zalecenia postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w nowotworach złośliwych — 2013 r.

** Prognozowana zmiana liczby nowych przypadków nowotworu złośliwego gruczołu krokowego (C61), Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie onkologii dla województwa mazowieckiego.

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

1. Populacja docelowa

Program będzie skierowany do mężczyzn w wieku 50-69 lat (13 052 osoby), mieszkańców Powiatu Legionowskiego. Program w poszczególnych latach realizacji obejmie ok. 75% populacji docelowej – w ciągu 5 lat realizacji działaniami edukacyjnymi oraz kwalifikacją do badań przesiewowych zostanie objętych ok. 10 000 mężczyzn w wieku 50-69 lat. Na podstawie danych statystycznych* przyjęto, że do badań przesiewowych zakwalifikuje się ok. 1 000 mężczyzn, czyli 10% populacji docelowej w wieku 55-69 lat.

*dane statystyczne wskazują na 9% rozpowszechnienie RGK w populacji polskiej, dla zaokrąglenia przyjęto wartość 10%.

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

1) Edukacja zdrowotna (etap I)

a. Kryteria włączenia:

- mężczyźni w wieku 50-69 lat,
- zamieszkiwanie na terenie Powiatu Legionowskiego.

b. Kryteria wyłączenia: brak.

2) Kwalifikacja do badań przesiewowych (etap II):

a. Kryteria włączenia:

- mężczyźni w wieku 55-69 lat,
- zamieszkiwanie na terenie Powiatu Legionowskiego,
- pisemna zgoda uczestnika programu na dobrowolny udział w programie;

b. Kryteria wyłączenia:

- pozostawanie pod opieką poradni urologicznej oraz korzystanie ze świadczeń finansowanych przez NFZ w związku ze zdiagnozowanym RGK;
- wykonywanie badania per rectum i PSA w okresie 1 roku przed zgłoszeniem.

3) Badania przesiewowe (etap III):

a. Kryteria włączenia:

- mężczyźni w wieku 55-69 lat,
- zamieszkiwanie na terenie Powiatu Legionowskiego,
- dodatni wywiad rodzinny w kierunku występowania raka gruczołu krokowego,

- pisemna zgoda uczestnika programu na badania przesiewowe w ramach programu;

b. Kryteria wyłączenia:

- pozostawanie pod opieką poradni urologicznej oraz korzystanie ze świadczeń finansowanych przez NFZ w związku ze zdiagnozowanym RGK,
- wykonywanie badania per rectum i PSA w okresie 1 roku przed zgłoszeniem.

3. Planowane interwencje:

1) Etap I – Akcja informacyjno-edukacyjna

- Edukacja zdrowotna adresatów programu:
 - zaplanowana i prowadzona przez doświadczonego lekarza chorób wewnętrznych, urologa lub pielęgniarkę, z wykorzystaniem metody wykładu (60-minutowego) dla grup ok. 100-120 osób (obszar tematyczny: profilaktyka nowotworowa, motywacja do uczestnictwa w badaniach przesiewowych, czynniki ryzyka powstawania raka gruczołu krokowego, w tym przede wszystkim świadomość rodzinnego obciążenia RGK, rozpoznawanie wczesnych objawów rozpoczynającego się procesu chorobowego) - badanie poziomu wiedzy uczestników przy zastosowaniu pre-testu przed prelekcją oraz post-testu po prelekcji;
 - Akcja edukacyjna będzie realizowana poprzez cykl wykładów odbywających się w wynajętych salach dostępnych w ramach infrastruktury gmin, tj. urzędy, szkoły, centra kultury itp., posadowionych na terenie Powiatu.
- Akcja informacyjna:
 - realizowana za pomocą metod podających (ulotki/plakaty informacyjne) w wybranych podmiotach leczniczych oraz Urzędach Gmin i Miast oraz Starostwie Powiatowym Powiatu Legionowskiego;
 - prowadzona przez Realizatorów w ramach współpracy z placówkami podstawowej opieki zdrowotnej, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, innymi podmiotami leczniczymi, organizacjami pozarządowymi, a także z lokalnymi mediami (radio, prasa, media społecznościowe).

2) Etap II - Kwalifikacja do badań przesiewowych, obejmująca:

- ankietę przeprowadzoną przez pielęgniarkę w kierunku dodatkowego wywiadu rodzinnego celem kwalifikacji uczestników do III etapu tj. badania per rectum i oznaczania markeru PSA dla osób wyłonionych w pierwszym etapie kwalifikacji do programu, na tym etapie

bezwzględnie należy przedstawić pacjentowi informację na temat potencjalnego ryzyka i korzyści wykonania badań przesiewowych w kierunku raka stercza³⁹,

- indywidualną konsultację pielęgniarską nakierowaną na temat ryzyka i korzyści związanych z wczesnym wykrywaniem RGK. Pielęgniarka powinna edukować pacjentów w zakresie odróżniania objawów chorób dolnych dróg moczowych, spowodowanych łagodnym przerostem gruczołu prostaty od RGK. Pacjenci powinni być również informowani o tym, że celem badań przesiewowych jest wykrycie agresywnych postaci nowotworu, a w ramach badań przesiewowych często wykrywane są nowotwory o niskim ryzyku oraz że nowotwory te mogą nie wymagać leczenia, ale powinny być poddane regularnej obserwacji.

3) Etap III – Badania przesiewowe:

a) Oznaczenie markera PSA – po zakwalifikowaniu do dalszych etapów programu pacjentowi zostanie pobrana krew, celem oznaczenia markera PSA w surowicy. Należy przekazać pacjentowi niezbędne informacje dotyczące właściwego przygotowania do badania, bowiem na wyniki oznaczenia PSA u mężczyzn często wpływają takie czynniki jak: zapalenie dróg moczowych, ejakulacja czy ćwiczenia fizyczne wykonywane w ciągu 48 godzin poprzedzających test. Za górną granicę przyjmuje się stężenie PSA 4 ng/ml, mężczyźni przekraczający tę wartość markera zostaną skierowani do kolejnego etapu programu.

b) Konsultacja urologiczna wraz z badaniem per rectum oraz w przypadku wyniku dodatniego - skierowanie na dalsze konsultacje specjalistyczne:

- omówienie dalszego postępowania;
- w razie konieczności wydanie skierowania do poradni specjalistycznej, w której uczestnicy będą mogli podjąć dalszą diagnostykę szczegółową oraz leczenie w ramach finansowania przez publicznego płatnika;
- wskazanie najbliższego miejsca zamieszkania pacjenta podmiotu mającego umowę z NFZ.

Zgodnie z opiniami ekspertów w pierwszej kolejności powinno się pobrać krew i oznaczyć marker PSA, a później wykonać badanie per rectum. Wyniki badania PSA będą wydawane na wizycie lekarskiej. Umożliwi to lekarzowi ocenę wyniku i w przypadku przekroczenia

³⁹ Zgodnie z rekomendacjami następujących towarzystw naukowych: NCCN 2016, EAU 2016, PTOK 2013, Prescrire 2009, 2012, 2013.

wartości progowej 4 ng/ml oraz nieprawidłowym wyniku badania palpacyjnego wydanie zaleceń i skierowanie pacjenta do dalszej, pogłębionej diagnostyki w kierunku raka gruczołu krokowego, poza programem.

c) przekazanie uczestnikom ankiet satysfakcji pacjenta (załącznik 3).

3.1. Dowody skuteczności planowanych działań

a. Opinie ekspertów klinicznych

Poparcie dla przeprowadzania skryningu oportunistycznego w grupach ryzyka, ma swoje odzwierciedlenie w rekomendacjach klinicznych następujących grup ekspertów:

- The American Cancer Society 2010, 2016,
- American College of Physicians 2013,
- American Urological Association 2013,
- National Health and Medical Research Council 2016,
- The National Comprehensive Cancer Network 2016,
- European Association of Urology 2010⁴⁰,
- Spanish Society of Medical Oncology 2016,
- Polska Unia Onkologii 2009/2010.

⁴⁰ <http://pturol.org.pl/Image/files/Guidelines%20WYTYCZNE%20rak%20stercza.pdf> (dostęp 01.06.2018).

b. Zalecenia, wytyczne i standardy dotyczące postępowania w problemie zdrowotnym

Eksperti kliniczni zwracają uwagę, że w odniesieniu do nowotworów gruczołu krokowego warto skoncentrować się na realizacji programów skryningu oportunistycznego, czyli prowadzenia badań tylko w grupach ryzyka. Oznaczenie PSA oraz badanie per rectum stanowią obecnie standardową metodę diagnostyczną w badaniach przesiewowych w kierunku wykrywania raka prostaty, choć obie z nich są obarczone pewnym ryzykiem wyników fałszywie dodatnich. Nierandomizowane badanie przesiewowe przeprowadzone w Tyrolu (Austria) stanowi potwierdzenie hipotezy, że skryning może odpowiadać za zmniejszenie śmiertelności z powodu RGK. Spadek śmiertelności w Tyrolu z powodu RGK w porównaniu z pozostałą częścią Austrii w wyniku realizacji programu wczesnego wykrywania i leczenia wyniósł w tym przypadku 33%⁴¹.

Podczas badania palcem przez odbytnicę możliwe jest wykrycie guza zlokalizowanego w tylnej i bocznych częściach stercza (25–30% guzów jest niewyczuwalnych palpacyjnie); typowo wyczuwa się niesymetryczne obszary stwardnień lub guzki (w odróżnieniu od symetrycznego powiększenia i gładkiej powierzchni gruczołu w łagodnym rozroście).

Wybór metody leczenia zależy od stopnia zaawansowania choroby, stanu ogólnego pacjenta oraz jego wieku. Leczenie radykalne, czyli operacyjne lub radioterapia jest wskazane w przypadku raka ograniczonego do gruczołu krokowego, przy spodziewanym czasie przeżycia naturalnego nie mniejszym niż 10 lat⁴².

Wytyczne postępowania u chorych na raka stercza - opracowane i przyjęte przez Polskie Towarzystwo Urologiczne wskazują, że podstawowymi narzędziami diagnostycznymi pozwalającymi rozpoznać RGK są:

1. badanie gruczołu palcem przez odbytnicę (digital rectal examination – DRE),
2. oznaczenie stężenia swoistego antygenu sterczowego (prostate-specific antygen – PSA) w surowicy
3. ultrasonografia przezodbytnicza (transrectal ultrasonography – TRUS)⁴³.

Ostateczne rozpoznanie stawia się na podstawie obecności gruczolakoraka w wycinkach stercza pobranych metodą biopsji rdzeniowej (biopsy cores) lub w preparatach pooperacyjnych.

⁴¹ Bartsch G, Horninger W, Klocker H, Reissigl A, Oberaigner W, Schönitzer D, Severi G, Robertson C, Boyle P; Tyrol Prostate Cancer Screening Group. Prostate cancer mortality after introduction of prostate specific antigen mass screening in the Federal State of Tyrol, Austria.

⁴² Wytyczne postępowania u chorych na raka stercza - opracowane i przyjęte przez Polskie Towarzystwo Urologiczne, Warszawa 2011.

<http://pturol.org.pl/Image/files/Guidelines%20WYTYCZNE%20rak%20stercza.pdf> (dostęp 30.05.2018).

⁴³ Carvalhal GF, Smith DS, Mager DE, Ramos C, Catalona WJ. Digital rectal examination for detecting prostate cancer at prostate specific antigen levels of 4 ng/ml or less. J Urol 1999 Mar; 161: 835–839.

Badanie histopatologiczne rdzeni tkankowych pozwala na określenie stopnia histologicznej złośliwości guza i zasięgu nowotworu.

Ad. 1. Badanie per rectum (DRE).

Większość RGK znajduje się w strefie obwodowej (peripheral zone) gruczołu krokowego. Nowotwór można wykryć wykonując DRE, jeżeli jego objętość wynosi co najmniej 0,2 ml. Nieprawidłowy wynik badania DRE jest bezwzględnym wskazaniem do wykonania biopsji. U około 18% pacjentów RGK jest wykrywany na podstawie tylko nieprawidłowego wyniku DRE, niezależnie od poziomu PSA. Nieprawidłowy DRE u chorych ze stężeniem PSA <2 ng/ml ma dodatnią wartość przepowiadającą (PPV) wynoszącą od 5–30%.

Ad. 2. Swoisty antygen sterczowy (PSA).

Rozpoznawanie RGK zostało zrewolucjonizowane przez wprowadzenie oznaczania stężenia PSA w surowicy krwi. PSA jest protezą serynową podobną do kalikreiny, produkowaną prawie wyłącznie przez nabłonek gruczołowy stercza. PSA nie jest biologicznym znacznikiem (markerem) swoistym dla RGK, jest natomiast swoisty dla tkanki gruczołowej stercza. Zwiększenie stężenia PSA w surowicy wykrywa się u chorych na łagodny rozrost stercza, zapalenie stercza lub u mężczyzn, u których istnieją inne zmiany w gruczole krokowym, niemające charakteru nowotworu złośliwego. Stężenie PSA, jako zmienna niezależna, jest lepszym czynnikiem prognostycznym, pozwalającym precyzyjniej przewidzieć raka niż nieprawidłowe badanie DRE lub TRUS.

Ad. 3. Ultrasonografia przezodbytnicza (TRUS).

Klasyczny obraz RGK w postaci obszaru hypoechogenicznego w strefie obwodowej stercza nie zawsze jest widoczny. TRUS w skali szarości nie jest w stanie jednoznacznie rozróżnić obszarów raka stercza. Nie przyniesie zatem korzyści zastąpienie biopsji regularnych biopsjami celowanymi nakierowanymi na podejrzane obszary stercza. Jednakże dodatkowe biopsje podejrzanych obszarów mogą być przydatne.

c. Dowody skuteczności (efektywności klinicznej) oraz efektywności kosztowej

Skuteczność i efektywność działań w zakresie profilaktyki raka gruczołu krokowego potwierdzają wyżej wymienione opracowania. Dowody naukowe wskazują na korzyści związane z przeprowadzaniem badań przesiewowych. Przyczyniły się one do redukcji zgonów z powodu raka prostaty o 21%. Rekomenduje się, aby badania w kierunku PSA były oferowane zdrowym, dobrze poinformowanym mężczyznom w wieku 45 – 75 lat.

ERSPC (The European Randomized Study of Screening for Prostate Cancer), prowadziło badania przesiewowe z oznaczeniem stężenia PSA, w 8 europejskich krajach u mężczyzn w wieku 55-74 lat. Badania te dowiodły w 9-letniej obserwacji redukcję śmiertelności wśród chorych poddanych badaniu przesiewowemu o 20%. Opublikowane wyniki z części badania ERSPC Göteborg wskazują na zmniejszenie śmiertelności o 44% w obserwacji 14-letniej⁴⁴.

W latach 2010 – 2012 przeprowadzono program edukacyjny dla pacjentów z BPH pt. „Prostata bez tajemnic” – program dla mężczyzn powyżej 45 roku życia. Przeprowadzony program dowiódł, iż mężczyźni w wieku powyżej 45 r.ż. nie posiadają wystarczającej wiedzy na temat BPH, wśród ankietowanych 60% osób udzielała błędnych odpowiedzi. Ci sami pacjenci w drugim roku trwania programu, po przeprowadzonych działaniach edukacyjnych poprawili swoją wiedzę, która wynosiła 87%. Wyniki te potwierdzili lekarze, którzy brali udział w programie, 74.2% z nich zauważyło poprawę stanu wiedzy edukowanych pacjentów. Jedynie 2,6% lekarzy stwierdziło, że stan wiedzy pacjentów nie uległ poprawie⁴⁵.

⁴⁴ M. Swolkień, P. Pilch, K. Juszcak, T. Drewniak, P. Maciukiewicz, Badania przesiewowe w kierunku raka gruczołu krokowego z wykorzystaniem oceny stężenia swoistego antygenu sterczowego - przegląd literatury, Przegląd Urologiczny 2013/6 (82).

⁴⁵ „Prostata bez tajemnic” – program dla mężczyzn powyżej 45 roku życia, Radosław Boniecki, Geriatria 2013;7:12-18.

4. Sposób udzielania świadczeń w ramach programu polityki zdrowotnej

Badania kwalifikujące, skryning oportunistyczny oraz lekarskie wizyty kontrolne w programie będą realizowane w trybie ambulatoryjnym, w wybranym w drodze konkursu podmiocie leczniczym. Zasady udzielania świadczeń (dni i godziny przeprowadzania kwalifikacji i badań przesiewowych) zostaną określone przez realizatora programu. W ramach akcji edukacyjnej na terenie gmin wchodzących w skład powiatu prowadzone będą wykłady z zakresu profilaktyki i edukacji zdrowotnej w odniesieniu do raka gruczołu krokowego. Celem zapewnienia równego dostępu do świadczeń akcja informacyjno-edukacyjna powinna zostać zaplanowana odrębnie dla poszczególnych gmin.

5. Sposób zakończenia działań w programie i możliwość kontynuacji otrzymywania świadczeń zdrowotnych przez uczestników programu, jeżeli istnieją wskazania

Realizacja założeń programowych będzie przebiegać w kierunku wyodrębnienia mężczyzn, u których wykryto podwyższony poziom PSA, a następnie skierowanie ich do dalszej diagnostyki i rozpoczęcie leczenia w ramach ubezpieczenia finansowanego przez NFZ. Po wykonaniu badania kwalifikującego oraz badań przesiewowych uczestnik objęty programem:

- zostaje poinformowany o sposobie dalszego postępowania (wraz ze wskazaniem konkretnego podmiotu leczniczego, w którym będzie mógł podjąć leczenie w ramach finansowania przez publicznego płatnika w przypadku wyniku dodatniego);
- zostaje poproszony o wypełnienie krótkiej ankiety, której wyniki będą pomocne w ewaluacji programu (załącznik 3);
- kończy udział w programie.

Uczestnik może zdecydować o zakończeniu udziału w programie w każdym momencie. W przypadku takiej decyzji zostaje poinformowany o konsekwencjach rezygnacji ze wskazanego działania profilaktycznego (wyższe ryzyko negatywnych następstw zdrowotnych w przypadku braku możliwości wczesnego wykrycia zmian nowotworowych).

IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej

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

- 1) opracowanie projektu programu (II kwartał 2018);
- 2) zaopiniowanie programu przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji oraz Wojewodę Mazowieckiego (II-III kwartał 2018);
- 3) uchwalenie programu (III-IV kwartał 2018);
- 4) przygotowanie i przeprowadzenie procedury konkursowej - wyłonienie realizującego program podmiotu leczniczego, spełniającego warunki określone w dalszej części projektu (III-IV kwartał 2018, I kwartał 2019/2020/2021/2022);
- 5) podpisanie umowy na realizację programu (III-IV kwartał 2018, I kwartał 2019/2020/2021/2022);
- 6) realizacja programu wraz z bieżącym monitoringiem (I-III kwartał 2018 i I-IV kwartał 2019/2020/2021/2022):
 - akcja informacyjna (plakaty, ulotki, publikacje, ogłoszenia w mediach itp.);
 - etap I - akcja edukacyjna;
 - etap II - badania kwalifikujące;
 - etap III – badania przesiewowe;
 - analiza sprawozdań dot. zgłaszalności do programu przekazywanych koordynatorowi przez realizatora;
- 7) ewaluacja (IV kwartał 2022):
 - analiza efektywności działań z zakresu edukacji zdrowotnej na podstawie wyników pre-testów oraz post-testów;
 - analiza zgłaszalności na podstawie sprawozdań realizatora;
 - analiza jakości udzielanych świadczeń na podstawie wyników ankiety satysfakcji uczestników (załącznik 3);
 - ocena efektywności programu na podstawie analizy wskazanych mierników efektywności;
- 8) przygotowanie raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej (I kwartał 2023).

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

Koordynatorem programu będzie Starostwo Powiatowe w Legionowie. Realizatorem w programie będą wyłonione w drodze konkursu ofert podmioty lecznicze, spełniające następujące wymagania formalne:

- wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, prowadzonego na podstawie ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej [Dz.U. 2016 nr 0 poz. 1638];
- spełnianie wymogów lokalowych, sprzętowych i kadrowych, wynikających z Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej [Dz.U. 2013 poz. 1522];
- zapewnienie udzielania świadczeń zdrowotnych w programie wyłącznie przez osoby wykonujące zawód medyczny, w tym: lekarza chorób wewnętrznych, urologa lub pielęgniarkę;
- dysponowanie personelem medycznym posiadającym uprawnienia do pobierania krwi, spełniającym wymagania zgodne z ustawą z dnia 22 sierpnia 1997 r. o publicznej służbie krwi;
- dysponowanie punktami pobrań, w których prowadzone będzie pobieranie krwi do badań, spełniającymi wymagania określone w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26.06.2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2012 r. poz. 739);
- dysponowanie laboratorium lub posiadanie podpisaną umowę z laboratorium na okres realizacji programu;
- posiadanie sprzętu komputerowego i oprogramowania umożliwiającego gromadzenie i przetwarzanie danych uzyskanych w trakcie realizacji programu.

Ponadto podmioty realizujące badania przesiewowe w Programie będą zobowiązane do prowadzenia i przechowywania dokumentacji medycznej w formie papierowej oraz elektronicznej w arkuszu kalkulacyjnym (załącznik 1), a także do przekazywania uczestnikom ankiet satysfakcji pacjenta (załącznik 3). Ponadto realizatorzy będą przekazywali koordynatorowi raporty okresowe (załącznik 2), a także sporządzali sprawozdanie końcowe z przeprowadzonych interwencji. Podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych w Programie są zobowiązane prowadzić, przechowywać i udostępniać dokumentację medyczną w sposób

Program profilaktyki i wczesnego wykrywania nowotworów gruczołu krokowego
wśród mieszkańców Powiatu Legionowskiego na lata 2018-2022

zgodny z Ustawą z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta [tekst jedn. Dz.U. 2017 poz. 1318 ze zm.], Ustawą z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia [tekst jedn. Dz.U. 2017 poz. 1845 ze zm.], a także Ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych [Dz.U. 2018 poz. 1000].

V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej

1. Monitorowanie

1) Ocena zgłaszalności do programu prowadzona na podstawie sprawozdań realizatora w półrocznych okresach sprawozdawczych (1 stycznia –30 czerwca, 1 lipca - 31 grudnia), corocznych okresach sprawozdawczych (1 stycznia – 31 grudnia) oraz całościowo po zakończeniu programu (załącznik 2):

- analiza liczby osób, które uczestniczyły w działaniach z zakresu edukacji zdrowotnej (etap I),
- analiza liczby osób, które zgłosiły się do realizatora i wzięły udział w badaniach kwalifikujących do badań przesiewowych (etap II),
- analiza liczby osób, u których stwierdzono podwyższony poziom markera PSA w surowicy krwi,
- analiza liczby osób, które zrezygnowały z uczestnictwa w programie,
- analiza liczby pozytywnych i negatywnych wyników badań przesiewowych.

2) Ocena jakości świadczeń w programie

- coroczna analiza wyników ankiety satysfakcji uczestników programu (załącznik 3),
- bieżąca analiza pisemnych uwag uczestników dot. realizacji programu.

2. Ewaluacja

Ocena efektywności programu – coroczna oraz końcowa prowadzona poprzez:

- wskazanie odsetka objęcia badaniami kwalifikującymi do badań przesiewowych populacji docelowej,
- wskazanie odsetka objęcia interwencjami przesiewowymi populacji docelowej,
- określenie liczby osób, które zrezygnowały z uczestnictwa w programie w trakcie jego trwania oraz przyczyn tych rezygnacji,
- określenie wpływu działań edukacyjnych na wiedzę i świadomość zdrowotną osób z populacji docelowej,
- określenie liczby wyników pozytywnych i negatywnych testów przesiewowych,
- identyfikację ewentualnych czynników zakłócających przebieg programu.

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

1. Koszty jednostkowe:

- 5000 zł – mężczyźni w wieku 50-54 lat, koszt akcji informacyjno-edukacyjnej;
- 10 zł - mężczyźni w wieku 55-69 lat niezakwalifikowani do III etapu Programu, koszt ankiety kwalifikującej do badań przesiewowych;
- 120 zł - mężczyźni w wieku 55-69 lat zakwalifikowani do III etapu Programu, w tym koszt ankiety kwalifikującej do badań przesiewowych (10 zł), pobrania krwi wraz z oznaczeniem markeru PSA (40 zł) oraz wizyty lekarskiej wraz z badaniem per rectum (70 zł).

2. Koszty całkowite

Tab. 2. Koszty całkowite w poszczególnych latach (w złotych).

Lp.	Grupa docelowa	Mężczyźni w wieku 50-69 lat				
		2018	2019	2020	2021	2022
1	Rok					
2	Liczba kwalifikacji do badań przesiewowych	2000	2000	2000	2000	2000
3	Koszt ankiety kwalifikującej (10zł x poz. 2)	20 000	20 000	20 000	20 000	20 000
4	Szacunkowa liczba mężczyzn kwalifikowanych do badań przesiewowych (10% z poz. 2)	200	200	200	200	200
5	Koszt cząstkowy badań przesiewowych (120zł x poz.4)	24 000	24 000	24 000	24 000	24 000
6	Koszt akcji informacyjno-edukacyjnej	5000	5000	5000	5000	5000
7	Koszt monitoringu i ewaluacji	1 000	1 000	1 000	1 000	1 000
8	Całkowity koszt programu rocznie (poz. 3 + poz. 5 + poz. 6 + poz. 7)	50 000	50 000	50 000	50 000	50 000
9	Całkowity koszt programu	250 000				

Tab. 3. Koszty całkowite w poszczególnych latach jako suma kosztów poszczególnych interwencji (w złotych).

Rok realizacji	Akcja informacyjno-edukacyjna* oraz monitoring i ewaluacja	Ankieta kwalifikująca do interwencji	Badanie lekarskie kwalifikujące + badania przesiewowe	Koszt całkowity
2018	6 000	20 000	24 000	50 000
2019	6 000	20 000	24 000	50 000
2020	6 000	20 000	24 000	50 000
2021	6 000	20 000	24 000	50 000
2022	6 000	20 000	24 000	50 000
Razem	30 000	100 000	120 000	250 000

* koszt wykładów z zakresu edukacji zdrowotnej, opracowania oraz druku ulotek/plakatów

3. Źródła finansowania

Program finansowany z budżetu Powiatu Legionowskiego. Starostwo Powiatowe będzie starało się o dofinansowanie 40% kosztów działań realizowanych w programie w latach 2018-2022 przez Mazowiecki 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. z 2017r. poz. 1938 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]. W przypadku braku uzyskania finansowania Starostwo zapewni ciągłość finansowania działań realizowanych w programie.

Załącznik 1

Zaświadczenie o przeprowadzonym badaniu kwalifikującym do „Programu profilaktyki i wczesnego wykrywania nowotworów gruczołu krokowego wśród mieszkańców Powiatu Legionowskiego na lata 2018-2022” (wzór)

I. Zgoda pacjenta na badanie przesiewowe

Zostałem poinformowany o celu, korzyściach oraz ew. konsekwencjach wynikających z przeprowadzenia badania kwalifikującego do programu profilaktyki raka gruczołu krokowego. Udzieliłem pełnych i prawdziwych odpowiedzi na pytania, które zadawała mi pielęgniarka w trakcie wywiadu odnośnie stanu zdrowia, przyjmowanych leków, oraz przebytych urazów i zabiegów. Oświadczam, że podczas przeprowadzonego ze mną wywiadu nie zataiłem istotnych informacji dotyczących stanu zdrowia. Informacja przekazana mi przez pielęgniarkę była dla mnie w pełni jasna i zrozumiała. W trakcie rozmowy miałem możliwość zadawania pytań dotyczących proponowanego postępowania. Oświadczam, że zapoznałem się z powyższym tekstem i **wyrażam zgodę na wykonanie badań przesiewowych.**

.....
(data i podpis)

II. Zaświadczenie o przeprowadzonym badaniu kwalifikującym

W wyniku przeprowadzonego w dniuwywiadu zaświadcza się, że:

u urodzonego w dniu zamieszkałego

w

nr PESEL*

stwierdzono brak wskazań do zakwalifikowania do III etapu programu

stwierdzono następujące wskazania do zakwalifikowania do III etapu programu:

.....
.....

....., dnia

(miejsowość)

(data)

.....
(pieczęć i podpis pielęgniarki)

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

** niepotrzebne skreślić

Załącznik 2

Sprawozdanie realizatora z przeprowadzonych działań w ramach „Programu profilaktyki i wczesnego wykrywania nowotworów gruczołu krokowego wśród mieszkańców Powiatu Legionowskiego na lata 2018-2022” (wzór)

Nazwa i adres podmiotu	Sprawozdanie z przeprowadzonych działań wg informacji zawartych w zaświadczeniach o przeprowadzonych lekarskich badaniach kwalifikujących, przechowywanych przez składającego sprawozdanie za okres sprawozdawczy od do	Adresat: Starostwo Powiatowe w Legionowie
		Sprawozdanie należy przekazać w terminie 14 dni po okresie sprawozdawczym

Etap I

Liczba wykonanych interwencji edukacyjnych	Liczba osób uczestniczących w interwencjach edukacyjnych

Etap II

Liczba wykonanych ankiet kwalifikujących	Liczba osób zakwalifikowanych do etapu III

Etap III

Liczba wykonanych badań PSA	Liczba wyników dodatnich	Liczba wyników ujemnych	Liczba wyników wątpliwych	Liczba wykonanych konsultacji lekarskich wraz z badaniem per rectum	Liczba osób skierowanych do dalszych interwencji terapeutycznych w ramach NFZ

....., dnia
(miejscowość) (data)

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

Załącznik 3

Ankieta satysfakcji pacjenta – uczestnika „Programu profilaktyki i wczesnego wykrywania nowotworów gruczołu krokowego wśród mieszkańców Powiatu Legionowskiego na lata 2018-2022” (wzór)

I. Ocena sposobu umówienia terminu badania

Jak Pan ocenia:	Bardzo dobrze	Dobrze	Przeciętnie	Źle	Bardzo źle
szybkość załatwienia formalności podczas rejestracji?					
uprzejmość osób rejestrujących?					
dostępność rejestracji telefonicznej?					

II. Ocena opieki pielęgniarskiej

Jak Pan ocenia:	Bardzo dobrze	Dobrze	Przeciętnie	Źle	Bardzo źle
uprzejmość i życzliwość pielęgniarki?					
poszanowanie prywatności podczas wywiadu kwalifikującego do badań przesiewowych?					
staranność i dokładność przeprowadzania wywiadu?					

III. Ocena wizyty lekarskiej

Jak Pan ocenia:	Bardzo dobrze	Dobrze	Przeciętnie	Źle	Bardzo źle
uprzejmość i życzliwość lekarza?					
poszanowanie prywatności podczas wizyty?					
staranność i dokładność wykonywania badania?					
sposób przekazania informacji?					

IV. Ocena warunków panujących w przychodni

Jak Pan ocenia:	Bardzo dobrze	Dobrze	Przeciętnie	Źle	Bardzo źle
czystość w poczekalni?					
wyposażenie w poczekalni (krzesła itp.)?					
dostęp i czystość w toaletach?					
wyposażenie gabinetu?					

IV. Dodatkowe uwagi/opinie:

--

UZASADNIENIE

Zgodnie z art. 8 pkt. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych do zadań własnych powiatu należy opracowanie i realizacja oraz ocena programów polityki zdrowotnej wynikających z rozpoznanych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców powiatu. Art. 48 ust. 1 ustawy stanowi, że programy polityki zdrowotnej mogą opracowywać, wdrażać, realizować finansować m.in. jednostki samorządu terytorialnego.

Rak gruczołu krokowego (RGK) jest jednym z najczęściej rozpoznawanych nowotworów u mężczyzn w wielu krajach Europy oraz w Ameryce Północnej. W ostatnich latach obserwuje się istotny wzrost liczby zachorowań, co można wiązać przede wszystkim z wydłużeniem średniej długości życia, ale również z wprowadzeniem pod koniec lat 80. powszechnego oznaczania stężenia swoistego antygenu sterczowego (PSA) w surowicy krwi. Rak gruczołu krokowego dotyczy głównie mężczyzn w podeszłym wieku.

Dlatego opracowany został program polityki zdrowotnej pn. "Program profilaktyki i wczesnego wykrywania nowotworów gruczołu krokowego wśród mieszkańców Powiatu Legionowskiego na lata 2018 - 2022". Zgodnie z art. 48a ust. 11 w/w ustawy rozpoczęcie wdrożenia, realizacji i finansowania programu polityki zdrowotnej może nastąpić wyłącznie po uzyskaniu pozytywnej albo warunkowo pozytywnej opinii Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. Program profilaktyki raka gruczołu krokowego został pozytywnie zaopiniowany przez Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (opinia nr 183/2018 z dnia 5 września 2018 r.)

Realizacja Programu Polityki Zdrowotnej znajduje się w Planie Operacyjnym 2016-2019 do Strategii Rozwoju Powiatu Legionowskiego na lata 2016-2025 przyjętym uchwałą nr 89/2016 Zarządu powiatu w Legionowie z dnia 21 czerwca 2016 r. w sprawie przyjęcia Planu Operacyjnego 2016-2019 do Strategii Rozwoju Powiatu Legionowskiego na lata 2016-2025.