

Uchwała Nr XXVI/133 /2026
Rady Miejskiej w Ciepeliowie
z dnia 12 czerwca 2026 roku

w sprawie: przyjęcia gminnego programu profilaktyki zdrowotnej pn.: „Program profilaktyki zdrowotnej nowotworu gruczołu krokowego u mężczyzn, mieszkańców Gminy i Miasta Ciepeliów na rok 2026

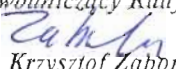
Na podstawie art. 7 ust. 1 pkt. 5, art. 18 ust. 2 pkt 15 ustawy z dnia 8 marca 1990 r o samorządzie gminnym (t.j. Dz.U. z 2026r. poz. 662) oraz art. 7 ust. 1 pkt 1 i art. 48 ust. 1, ust. 3 pkt 2 i 3 oraz ust. 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2025 r. poz. 1461 ze zm.) Rada Miejska w Ciepeliowie uchwala co następuje:

§ 1.

Przyjmuje się gminny program profilaktyki zdrowotnej pn.: „Program profilaktyki zdrowotnej nowotworu gruczołu krokowego u mężczyzn, mieszkańców Gminy i Miasta Ciepeliów na rok 2026” w brzmieniu stanowiącym załącznik do niniejszej uchwały.

§ 2

1. Wykonanie uchwały powierza Burmistrzowi Miasta i Gminy Ciepeliów .
2. Uchwała wchodzi w życie z dniem 1 września 2026 roku.

Przewodniczący Rady Miejskiej

Krzysztof Zaborski

Nazwa programu

**Profilaktyka i wczesne wykrywanie nowotworu gruczołu krokowego
u mężczyzn.**

Okres realizacji programu : wrzesień – listopad 2026

Przygotowanie programu : mgr Edyta Suwała, Burmistrz Miasta i Gminy mgr Artur Szewczyk

Przy tworzeniu programu skorzystano z treści rekomendacji nr 40/2025 z dnia 31 marca 2025 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących profilaktyki nowotworów gruczołu krokowego.

Data opracowania programu: III kwartał 2025

Dane kontaktowe:

Urząd Miasta i Gminy w Ciepeliowie ul. Czachowskiego 1, 27-310 Ciepeliów

We współpracy z Samodzielnym Publicznym Zakładem Opieki Zdrowotnej w Ciepeliowie
ul. Batalionów Chłopskich 6, 27-310 Ciepeliów

Spis treści:

- I. Opis choroby lub problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu.
 1. Opis problemu zdrowotnego.
 2. Czynnika ryzyka i epidemiologia problemu zdrowotnego.
 3. Profilaktyka
 4. Opis obecnego postępowania.
 5. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu.
- II. Cele programu i mierniki efektywności jego realizacji.
 1. Cel główny i mierniki efektywności realizacji programu
 2. Cele szczegółowe i mierniki efektywności realizacji programu.
- III. Charakterystyka populacji docelowej oraz charakterystyka interwencji, jakie są planowane w ramach programu polityki zdrowotnej
 1. Populacja docelowa
 2. Kryteria kwalifikacji udziału w programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej.
 3. Sposób informowania o programie polityki zdrowotnej. Planowane interwencje.
 4. Sposób udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach programu polityki zdrowotnej.
 5. Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej.
- IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej.
 1. Etapy programu polityki zdrowotnej i działania podejmowane w ramach etapów.
 2. Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych.
- V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej.
 1. Monitorowanie.
 2. Ewaluacja.
- VI. Budżet programu polityki zdrowotnej.
 1. Koszty jednostkowe.
 2. Planowane koszty całkowite.
 3. Źródło finansowania.

Bibliografia.

Załączniki.

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

1. Opis problemu zdrowotnego.

Choroby nowotworowe stanowią jedną z głównych przyczyn zgonów zarówno wśród mężczyzn jak i kobiet. W ostatnich latach ich natężenie znacznie się zwiększyło, w związku z czym stały się nie tylko poważnym problemem zdrowotnym, ale też społecznym i ekonomicznym.

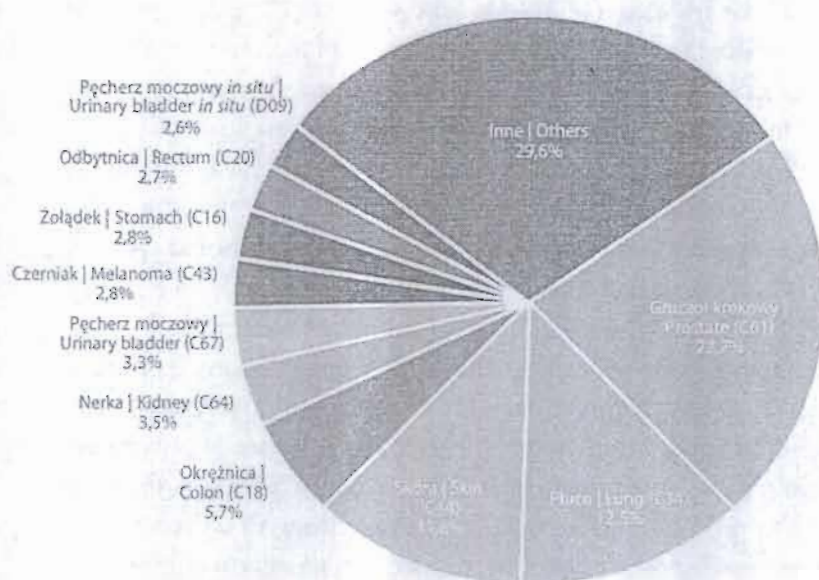
Rak gruczołu krokowego (prostaty lub stercza) jest drugim najczęściej rozpoznawanym nowotworem u mężczyzn na świecie. **Prostata** jest niewielkim narządem męskiego układu moczowego, którego główną funkcją jest produkcja składników nasienia. U części mężczyzn proces ten przebiega bez zakłóceń, jednak czasem dochodzi do nieprawidłowego wzrostu komórek prostaty i rozwoju raka. Dokładne przyczyny powstania raka gruczołu krokowego nie zostały dotąd dokładnie określone, jednak do czynników rozwoju choroby zalicza się wiek, predyspozycje genetyczne oraz zewnętrzne czynniki ryzyka – hormonalne, ekologiczne i zakaźne. Obecnie większość raków gruczołu krokowego wykrywana jest w stadium **bezobjawowym** – chorzy są diagnozowani w związku ze stwierdzeniem **podwyższenia stężenia PSA** lub trafiają do urologa z powodu objawów łagodnego przerostu gruczołu krokowego. W przypadku rozwoju nowotworu w centralnej części gruczołu mogą, podobnie jak w przerście, wystąpić **dolegliwości związane z oddawaniem moczu**, takie jak trudności w opróżnieniu pęcherza czy częstomocz. Metody diagnozowania i prognozowania w raku gruczołu krokowego pozostają ograniczone, a skutecznych metod leczenia jest niestety niewiele. W diagnostyce stosuje się oznaczenie specyficznego antygenu sterczowego (PSA), badanie per rectum (DRE), biopsję igłową gruczołu krokowego (PNB), biopsję fuzyjną (MRI_TRUS), a także badania obrazowe (ultrasonografię przezodbytniczą, rezonans magnetyczny, tomografię komputerową, scyntyografię, ultrasonografię jamy brzusznej i miednicy). U wybranych chorych na raka gruczołu krokowego, prowadzi się także badania molekularne. Zastosowanie PSA jako markera nowotworowego, którego stężenie w surowicy krwi jest łatwe do określenia, zrewolucjonizowało diagnostykę raka stercza. PSA to białko swoiste narządowo, a nieswoiste dla raka. Z tego powodu stężenie PSA może być podwyższone w stanie zapalnym gruczołu krokowego, czy w łagodnym przerście prostaty, a także w innych stanach niezłośliwych. I na odwrót, żadna – nawet niska wartość PSA nie wyklucza możliwości występowania nowotworu złośliwego stercza. Jako zmienna niezależna stężenie PSA jest lepszym predyktorem raka niż samo badanie per rectum. Im wyższe stężenie markera, tym większe prawdopodobieństwo raka, jednakże u wielu mężczyzn, mimo niskiego stężenia PSA w surowicy, może dochodzić do rozwoju nowotworu złośliwego. Jednym sposobem wyleczenia chorych na raka gruczołu krokowego jest leczenie chirurgiczne, polegające na radykalnej prostatektomii, całkowitym usunięciu stercza wraz z pęcherzykami nasiennymi i regionalnymi węzłami chłonnymi. Radykalne wycięcie stercza jest uzasadnione u chorych niskiego, pośredniego i wysokiego ryzyka ze spodziewanym przeżyciem powyżej 10 lat, akceptujących taki sposób leczenia. U chorych, u których ryzyko progresji nowotworu w ciągu 10 lat jest znikome, stosuje się leczenie odroczone, obejmujące aktywny nadzór oraz obserwację. W praktyce oznacza to prowadzenie obserwacji stanu chorego i wdrożenie leczenia w chwili stwierdzenia progresji raka stercza. Celem takiego postępowania jest ograniczenie ryzyka niekorzystnych następstw leczenia radykalnego. Wśród pozostałych metod leczenia raka gruczołu krokowego wymienia się także terapię ogniskową, możliwą do

zastosowania we wczesnym etapie choroby, z większą skłonnością do jednoogniskowej lub jednostronnej choroby. Podstawową metodą miejscowego leczenia raka gruczołu krokowego obok chirurgii jest współczesna radioterapia stosowana zarówno we wczesnym, jak i bardziej zaawansowanym stadium choroby.

2. Czynniki ryzyka i epidemiologia problemu zdrowotnego.

W 2022 roku rak gruczołu krokowego był najczęściej diagnozowanym nowotworem wśród mężczyzn w Polsce, kiedy odnotowano około 21 tysięcy zachorowań. Wśród nowotworów męskiego układu płciowego nowotwór gruczołu krokowego występuje ponad 13 razy częściej niż drugi w kolejności nowotwór jąder. Chociaż, w porównaniu z innymi krajami Unii Europejskiej, w Polsce obserwuje się niższą zachorowalność i umieralność w powodu tego nowotworu, to w ostatnich latach wskaźniki te istotnie wzrosły. W przeciągu ostatnich 10 lat liczba nowodiagnozowanych przypadków raka prostaty wzrosła o 63% — z 12 858 przypadków w 2013 roku (69,0/100 tys. mężczyzn) do prawie 20 961 w 2022 roku (114,7/100 tys. mężczyzn). W tym okresie każdego roku stwierdzano średnio 16 425 nowych zachorowań na raka gruczołu krokowego, co oznacza, że chorobę rozpoznawano u 1 na 1 130 mężczyzn (współczynnik zachorowalności wyniósł 88,6/100 tys. mężczyzn). W 2020 r. zaobserwowano załamanie trendu i spadek liczby zachorowań. zmiana ta jednak była tylko pozorna i najprawdopodobniej wynikała z odroczenia diagnozy oraz z innych ograniczeń związanych z pandemią COVID-19. Według Mazowieckiego Rejestru Nowotworów, wśród ogółu zarejestrowanych w 2023 r. w woj. mazowieckim nowotworów złośliwych u mężczyzn najczęstsze były nowotwory złośliwe: gruczołu krokowego 22,7%, płuca 12,5%, skóry 11,8%, okrężnicy 5,7%, oraz nerki 3,5%. Standaryzowany współczynnik zachorowalności wynosił dla nowotworów złośliwych: gruczołu krokowego 56,7, płuca 31,8, skóry 27,9, okrężnicy 14,7 oraz nerki 10,0 nowych zachorowań na 100 000 mężczyzn. Wśród osób w wieku 45-64 lat najczęściej rejestrowano u mężczyzn nowotwory złośliwe gruczołu krokowego (18,6%). Do najczęstszych nowotworów złośliwych u osób w wieku 65 i więcej lat (65+), w woj. mazowieckim w 2023 r., należały nowotwory złośliwe gruczołu krokowego u mężczyzn (26,3%).

Struktura zachorowań na nowotwory złośliwe, mężczyźni, województwo mazowieckie, 2023 r.



Rozkład zachorowań na raka prostaty w grupach wiekowych



Czynnik ryzyka

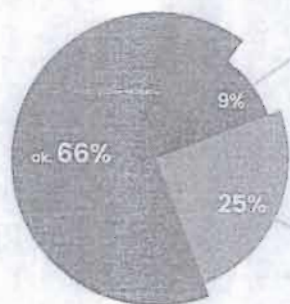
Rak prostaty, jak każdy nowotwór, to choroba wieloczynnikowa, chociaż specyficzne przyczyny powstania raka gruczołu krokowego nie zostały dotąd dokładnie określone. Wskazuje się, że jest to indywidualne połączenie predyspozycji genetycznych oraz zewnętrznych czynników ryzyka – hormonalnych, ekologicznych i związanych ze stylem życia.



Rodzina i geny

Obciążenie rodzinne i pochodzenie etniczne są ściśle związane ze zwiększonym ryzykiem wystąpienia nowotworu gruczołu krokowego, co wskazuje na wpływ predyspozycji genetycznych. Za rolę czynników genetycznych przemawia też zwiększona zachorowalność wśród mężczyzn spokrewnionych z chorymi na raka prostaty – w przypadku jednego krewnego I stopnia ryzyko zachorowania jest dwukrotnie większe, w przypadku dwóch – pięciokrotnie większe, a w przypadku trzech krewnych – 11-krotnie. Jednak tylko u niewielkiej grupy pacjentów obserwuje się prawdziwie dziedziczny nowotwór, rozumiany jako wystąpienie minimum trzech zachorowań w jednej rodzinie, wystąpienie raka w trzech kolejnych pokoleniach lub minimum dwa zachorowania zdiagnozowane poniżej 56. roku życia. Ryzyko zachorowania w przypadku raka dziedzicznego jest wyższe niż w przypadku raka rodzinnego. Dziedziczny rak prostaty wiąże się z wcześniejszym wystąpieniem choroby (o 6–7 lat), jednak jej przebieg nie różni się istotnie w pozostałych aspektach.

Sporadyczny
rak prostaty (SPC)



Dziedziczny rak prostaty (HPC)

- U 3 lub więcej krewnych I stopnia
- W 3 kolejnych pokoleniach
- Co najmniej dwóch krewnych poniżej 56. roku życia

Rodzinny rak prostaty (FPC)

- U dwóch lub większej liczby członków rodziny w I lub II stopniu pokrewieństwa przy braku spełnienia kryteriów HPC
- Dziedziczna choroba nowotworowa w rodzinie, tj. raka piersi, jajnika, zespół Lyncha

Wiek

Najsilniejszym czynnikiem ryzyka raka gruczołu krokowego jest wiek – 99% przypadków zachorowań rozpoznaje się po 50 roku życia. Największa liczba zachorowań dotyczy chorych w wieku od 65 do 74 lat, a największe ryzyko zachorowania cechuje populację w wieku 70–79 lat. Według danych z badań sekcyjnych – u większości mężczyzn po 80 roku życia stwierdza się bezobjawowe ogniska raka prostaty, jednak przeważająca większość z nich umiera z innych przyczyn, choć z rakiem gruczołu krokowego. W przypadku większości chorych nowotwór nigdy nie zacznie dawać objawów, choć może zostać wykryty poprzez oznaczanie stężenia swoistego antygenu sterczowego (PSA) i biopsję.

Pochodzenie etniczne jest istotnym czynnikiem ryzyka rozwoju raka prostaty, który diagnozowany jest częściej wśród mężczyzn pochodzenia afrykańskiego niż kaukaskiego. W Stanach Zjednoczonych wśród Afroamerykanów obserwowane jest 1,5 razy wyższe ryzyko rozpoznania raka gruczołu krokowego niż w populacji kaukaskiej. Zazwyczaj jest on rozpoznawany w wyższym stopniu zaawansowania, w związku z czym obserwowane jest również wyższe ryzyko zgonu. Najniższe ryzyko zachorowania obserwuje się w populacji azjatyckiej. Dokładne przyczyny tych różnic nie zostały jednoznacznie zbadane – chociaż może to wynikać z przyczyn biologicznych, to istotny wpływ będą miały inne czynniki (np. dostęp do opieki zdrowotnej, status socjoekonomiczny).

Otyłość zwiększa ryzyko zachorowania na raka prostaty, w szczególności, wyższe BMI wiąże się z większym ryzykiem zgonu z powodu tego nowotworu. Może to wynikać z obecności zespołu metabolicznego, który niezależnie wiązany jest w wyższym ryzykiem wystąpienia raka prostaty lub z obniżonego poziomu PSA u otyłych mężczyzn. W tej grupie pacjentów badania PSA mogą być mniej skuteczne, co przekłada się na prawdopodobieństwo wykonania biopsji i wykrycia nowotworu we wczesnym stadium. Jednocześnie zmniejszenie masy ciała może przekładać się na zmniejszenie ryzyka zachorowania, a w badaniach wykazano, że regularna aktywność fizyczna zmniejsza prawdopodobieństwo progresji choroby.

Wpływ diety na rozwój raka prostaty był oceniany w kilku badaniach, jednak nie wykazano jednoznacznie związku przyczynowo- skutkowego pomiędzy różnymi czynnikami dietetycznymi a ryzykiem zachorowania. Niektóre produkty, m.in. czerwone mięso czy tłuszcze trans, mogą wiązać się z wyższym ryzykiem rozwoju chorób nowotworowych, w tym raka stercza. Również wysokie spożycie produktów mlecznych, bogatych w wapń i fosfor, może wiązać się ze zwiększonym ryzykiem zachorowania.

Spożywanie warzyw i owoców jest czynnikiem chroniącym przed wystąpieniem wielu nowotworów, jednak ta zależność nie została jednoznacznie potwierdzona w odniesieniu do raka prostaty. Potencjalne działanie ochronne mogą mieć:

- glukozyłany zawarte w warzywach kapustnych, które wywołują produkcję enzymów biorących udział w metabolizmie czynników rakotwórczych;
- likopen (antyoksydant zawarty w pomidorach) – spożywany w dużych dawkach może chronić przed agresywną postacią raka stercza;
- izoflawony (fitoestrogeny) zawarte w soi, które mają słaby hamujący namnażanie komórek nowotworowych.

Palenie tytoniu zwiększa ryzyko wystąpienia raka gruczołu krokowego i śmierci wskutek nowotworu. Przyczyniają się do agresywniejszego przebiegu choroby i gorszego rokowania nawet u osób, które zaprzestaną palenia.

Zawodowe zagrożenia

Dostępne dowody naukowe sugerują korelację między wykonywanym zawodem a zwiększonym ryzykiem zachorowania na raka gruczołu krokowego. W szczególności dotyczy to wysokiej ekspozycji na pestycydy i kadm. Ich długotrwale oddziaływanie może mieć wpływ na wzrost zachorowań. Wiele z nich wpływa na receptory estrogenowe, co zaburza gospodarkę hormonalną organizmu.

3. Profilaktyka.

Mimo coraz większej świadomości społeczeństwa na temat nowotworów prostaty, statystyki są coraz bardziej niepokojące. Aktualnie dostępne są bardzo skuteczne metody profilaktyki wtórnej, które pozwalają na wczesne rozpoznanie i leczenie, nawet zanim wystąpią pierwsze objawy choroby. Mniej skuteczne są metody profilaktyki pierwotnej, które mają na celu ograniczenie szkodliwego wpływu modyfikowalnych czynników ryzyka.

Chociaż nie ma jednoznacznych dowodów wskazujących na silny związek czynników środowiskowych z ryzykiem rozwoju raka gruczołu krokowego, to przyjmuje się, że ogólnie rozumiany zdrowy styl życia i dieta stanowią o profilaktyce tej choroby. Przede wszystkim zalecane są: utrzymywanie prawidłowej masy ciała, rzucenie palenia, rezygnacja ze spożycia alkoholu oraz regularna aktywność fizyczna. Dostępne badania, pomimo pewnych rozbieżności, wskazują również na rolę poszczególnych składników diety, które mogą podnosić ryzyko choroby (żywność przetworzona, czerwone mięso i produkty mięsne, tłuszcze nasycone, nabiał), jak i zmniejszać (owoce, warzywa, soja, zielona herbata).

Innym czynnikiem mogącym zmniejszyć ryzyko wystąpienia raka gruczołu krokowego jest bezpieczna aktywność seksualna. W trwającym 18 lat badaniu przeprowadzonym przez Harvard Medical School wykazano, że ryzyko raka stercza było o 20% niższe u mężczyzn, którzy ejakulowali przynajmniej 21 razy w miesiącu w porównaniu do mężczyzn, którzy mieli wytrysk tylko 4–7 razy. Kluczowy jest jednak trend, a nie konkretne liczby – im większa liczba ejakulacji (bez względu na ich przyczynę), tym mniejsze ryzyko wystąpienia raka gruczołu krokowego.

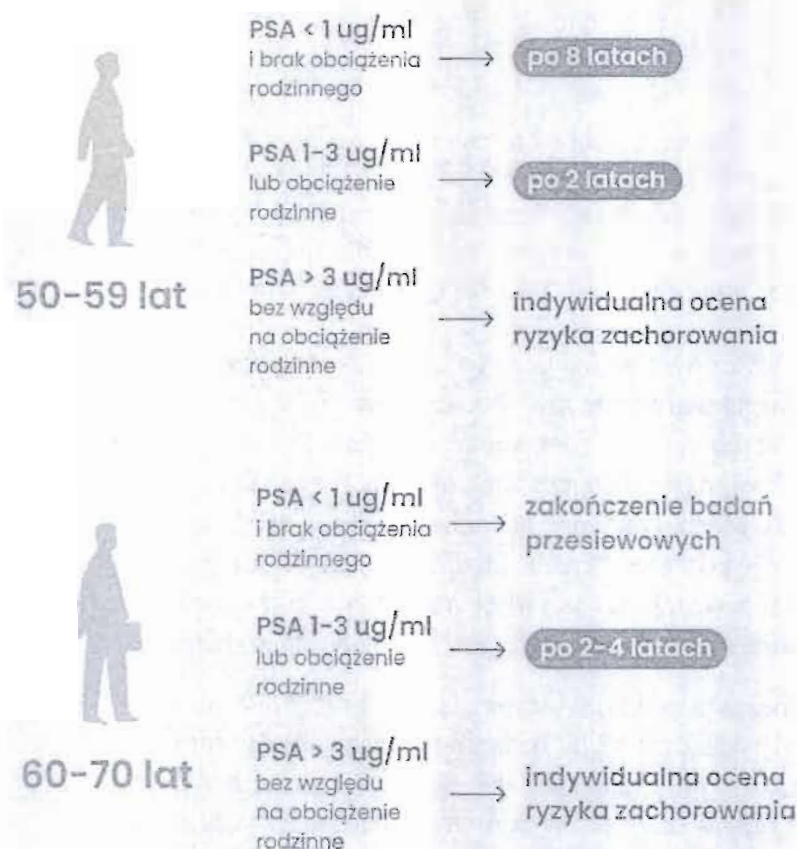
Podstawowe badania pozwalające na wczesne wykrycie raka prostaty to:

- oznaczenie stężenia PSA we krwi (czyli białka produkowanego przez komórki prostaty, których ilość wzrasta w miarę powiększania się nowotworu),
- badanie per rectum (palcem przez odbyt).

Oba badania należy wykonać łącznie. Wykonanie samego badania per rectum, nie pozwala na jednoznacznie wykluczenie raka prostaty. Strategia badań powinna być dostosowana do ryzyka i jest zależna od początkowego stężenia PSA. W przypadku obciążenia rodzinnego pierwsze badanie należy wykonać:

- po ukończeniu 40. roku życia w przypadku nosicieli mutacji BRCA2 lub
- po ukończeniu 45. roku życia w przypadku mężczyzn pochodzenia afrykańskiego lub gdy przynajmniej jeden krewny I stopnia chorował na raka prostaty.

Natomiast u osób bez dolegliwości i bez zwiększonego ryzyka pierwsze oznaczanie PSA należy wykonać po 50 roku życia. Przyjmuje się, że w przypadku osób zagrożonych badanie należy wykonywać co 2 lata, a u pacjentów bez zwiększonego ryzyka zachorowania – maksymalnie co 8 lat.



O rozpoczęciu badań i ich harmonogramie decyduje lekarz, biorąc pod uwagę oczekiwaną długość życia i sprawność fizyczną. Decyzja powinna być podjęta świadomie, z uwzględnieniem korzyści i zagrożeń wynikających z badań przesiewowych.

4. Opis obecnego postępowania.

Badanie stercza per rectum jest podstawowym badaniem, które powinno być regularnie wykonywane przez urologa, jak również przez lekarza internistę i lekarza rodzinnego. Konsultacja urologiczna oraz dalsze badania diagnostyczne w kierunku RGK ograniczone są do ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. 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 kierujący pacjenta do lekarza specjalisty zobowiązany jest dołączyć do skierowania wyniki niezbędnych badań specjalistycznych, umożliwiających potwierdzenie wstępnego rozpoznania.

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

W związku z faktem, iż nowotwory złośliwe są poważnym zagrożeniem dla polskiej populacji, stwarzającym problemy zarówno na poziomie jednostki, jak i państwa, realizowana jest obecnie Narodowa Strategia Onkologiczna na lata 2020-2030 (NSO), stanowiąca kontynuację realizowanego w latach 2006-2020 Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych. Najważniejszym celem NSO jest zwiększenie liczby osób przeżywających 5 lat od zakończenia terapii onkologicznej oraz zmniejszenie zapadalności na choroby nowotworowe. Poprawie ma ulec również jakość życia pacjentów w trakcie leczenia onkologicznego, jak i po jego zakończeniu. NSO wytycza kierunki rozwoju systemu opieki zdrowotnej w zakresie onkologii, wskazując na 5 obszarów, które są kluczowe dla odwrócenia niekorzystnych trendów epidemiologicznych, poprawy skuteczności terapii onkologicznych i dostosowania rozwiązań systemowych dla potrzeb pacjentów z chorobą nowotworową. Z punktu widzenia problematyki poruszanej PPZ za najistotniejsze uznać należy cel w obszarze inwestycji w system opieki onkologicznej tj. poprawę organizacji systemu opieki onkologicznej przez zapewnienie pacjentom dostępu do najwyższej jakości procesów diagnostyczno-terapeutycznych oraz kompleksowej opieki na całej „ścieżce pacjenta”.

W ramach świadczeń gwarantowanych od maja 2025 realizowany jest także program „Moje zdrowie”, dedykowany osobom po 20 r.ż. Celami omawianego programu

ogólnopolskiego jest wdrożenie nawyku systematycznego wykonywania bilansu swojego zdrowia, wczesne wykrywanie chorób cywilizacyjnych, lepsze przygotowanie do konsultacji u lekarza, wzmocnienie roli lekarzy POZ, w profilaktyce, motywacja do dbania o siebie, przyjmowania zalecanych szczepionek prowadzenie zdrowego stylu życia, korzystanie z porad z zakresu profilaktyki zdrowia. Program zakłada realizację podstawowych badań diagnostycznych co 5 lat (populacja 20-49) lub co 3 lata (populacja 50+). W pakiecie badań diagnostycznych dla mężczyzn dostępne jest co prawda badanie PSA, lecz program nie obejmuje działań edukacyjnych z obszaru profilaktyki nowotworów gruczołu krokowego, a także nie skupia się wprost na tym problemie zdrowotnym. Co więcej, w ramach programu badanie PSA w populacji 50+ można wykonywać co 3 lata, podczas gdy rekomendacje naukowe wskazują na konieczność jego powtarzania nawet co 12 miesięcy.

5. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu

Tak jak wspomniano wcześniej według MRN wśród ogółu zarejestrowanych w 2023 r. w woj. mazowieckim nowotworów złośliwych u mężczyzn najczęstsze były nowotwór złośliwy gruczołu krokowego 22,7% , standaryzowany współczynnik zachorowalności wynosił dla nowotworu złośliwego gruczołu krokowego 56,7. W 2023 r. w populacji woj. mazowieckiego najwyższe współczynniki zachorowalności na nowotwory złośliwe ogółem u mężczyzn obserwowano w przedziale wieku 60 i więcej lat. Wzrost obserwowano już od grupy wieku 45-49 lat. Wśród osób w wieku 45-64 lat najczęściej rejestrowano u mężczyzn nowotwory złośliwe gruczołu krokowego (18,6%)

Nowotwory gruczołu krokowego stanowią istotne zagrożenie zdrowotne wśród mężczyzn w Gminie Ciepiałów. Działania z zakresu profilaktyki pierwotnej mogą skutkować zmniejszeniem liczby nowych zachorowań, a wczesna diagnostyka znacząco zwiększa szanse na skuteczne leczenie. Wdrożenie programu uzasadniają także dane epidemiologiczne. Wdrożenie działań proponowanych w Programie może poprawić świadomość zdrowotną mężczyzn oraz ich dostęp do badań diagnostycznych na terenie gminy. Wielu mężczyzn z mniejszych miejscowości i obszarów wiejskich może mieć ograniczony dostęp do badań diagnostycznych, dlatego też Program skierowany jest do mieszkańców gminy Ciepiałów, pozwoli zniwelować te nierówności. Inwestycja w profilaktykę nowotworów gruczołu krokowego przyniesie długoterminowe korzyści zdrowotne i ekonomiczne, zmniejszając koszty leczenia zaawansowanych nowotworów oraz poprawiając jakość życia mężczyzn w regionie.

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

1. Strategia Zdrowa Przyszłość Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r.29: 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. Narodowa Strategia Onkologiczna na lata 2020-2033, obszary narodowej strategii onkologicznej: 2. Inwestycje w edukację-prewencja pierwotną - styl życia; cel: ograniczenie zachorowalności na nowotwory przez redukcję czynników ryzyka; inwestycje w edukację i profilaktykę pierwotną oraz poprawa świadomości osób

dorosłych w demograficzne. zakresie wpływu postaw prozdrowotnych na choroby nowotworowe; 3. Inwestycje w pacjenta-prewencja wtórna; cel: zwiększenie poziomu zgłaszalności na badania przesiewowe oraz poprawa jakości badań.

3. Narodowy Program Zdrowia na lata 2021-2025. Cel operacyjny 5: Wyzwania demograficzne.
4. Wojewódzki plan transformacji dla województwa mazowieckiego na lata 2022-2026-2.1. Obszar czynniki ryzyka i profilaktyka: Rekomendacja 3.1. wyrównywanie i zwiększanie dostępności do skutecznych programów profilaktycznych i programów polityki zdrowotnej w zakresie czynników ryzyka najbardziej obciążających populację regionu tj. palenie tytoniu, wysokie ciśnienie krwi, cukrzyca, wysokie BMI, odżywianie, inne czynniki związane ze stylem życia.

II. Cele programu i mierniki efektywności jego realizacji.

1. Cel główny.

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

Miernik efektywności:

Odsetek osób, u których w post-teście utrzymano lub uzyskano wysoki poziom wiedzy (min. 80% poprawnych odpowiedzi) w zakresie profilaktyki RGK, względem wszystkich osób uczestniczących w działaniach edukacyjnych, które wypełniły pre-test (Iloraz liczby osób z wysokim poziomem wiedzy w post-teście w stosunku do liczby wszystkich uczestników)

2. Cel szczegółowy.

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

Miernik efektywności:

Odsetek osób, u których podczas badania przesiewowego wykryto nieprawidłowy poziom stężenia PSA i którzy zostali skierowani na dalszą diagnostykę w ramach NFZ (POZ lub AOS), w stosunku do wszystkich uczestników badań przesiewowych prowadzonych w programie (Iloraz liczby wszystkich osób z nieprawidłowym wynikiem PSA skierowanych na dalszą diagnostykę urologiczną w okresie trwania programu w stosunku do liczby osób objętych badaniami przesiewowymi prowadzonymi w programie).

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

1. Populacja docelowa

Program wraz z działaniami edukacyjnymi, będzie skierowany do mężczyzn zamieszkujących Gminę Ciepłówek. Lekarskie wizyty kwalifikujące do programu realizowane będą w populacji mężczyzn w wieku 50-69 lat bez dodatkowych czynników ryzyka oraz w populacji 40-49 lat z dodatkowymi czynnikami ryzyka, zgodnie z kryteriami kwalifikacji. Badania diagnostyczne PSA (przesiew oportunistyczny) realizowane będą wśród mężczyzn,

ktorzy na wizycie kwalifikacyjnej po edukacji zdrowotnej uzyskali wynik post-testu wskazujacy na wysoki poziom wiedzy (min. 80% poprawnych odpowiedzi). W związku z ograniczeniami finansowymi Program obejmie ok 50 mężczyzn. Pacjenci będą przyjmowani do programu zgodnie z kolejnością zgłoszeń.

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

1. Działania edukacyjne (populacja ogólna mężczyzn)

Kryteria włączenia:

- płeć męska
- wiek 18 lat i więcej
- zamieszkiwanie na terenie Gminy Ciepiałów.

Kryteria wyłączenia: brak

2. Lekarska wizyta kwalifikująca do programu:

Kryteria włączenia:

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

Kryteria wyłączenia:

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

3. Przesiew oportunistyczny (pomiar stężenia PSA)

Kryteria włączenia:

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

Kryteria wyłączenia:

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

4. Lekarska wizyta kontrolna.

Kryteria włączenia:

- udział w przesiewie oportunistycznym.

Kryteria wyłączenia: brak

3. Sposób informowania o programie polityki zdrowotnej. Planowane interwencje

Informacje o Programie dostępne będą w siedzibie Realizatora, w rejestracji SPZOZ Ciepiałów, w formie plakatów, informacje opublikowane m.in. w formie komunikatów na stronie internetowej, a także w Urzędzie Miasta i Gminy Ciepiałów. Akcja informacyjna prowadzona będzie w sposób ciągły w całym okresie realizacji Programu.

Planowane interwencje

1.Działania edukacyjne (populacja ogólna mężczyzn)

- Obejmując kampanię informacyjno-edukacyjną mającą na celu podniesienie świadomości populacji ogólnej mężczyzn w Gminie Ciepiałów na temat profilaktyki gruczoka krokowego, w tym m. in. na temat:

- czynników ryzyka powstawania raka gruczoka krokowego,

- sposobów eliminowania lub ograniczania modyfikowalnych czynników ryzyka powstawania raka gruczoka krokowego (zmiana stylu życia, wdrażanie aktywności fizycznej, stosowanie odpowiedniej diety, unikanie alkoholu i papierosów).

- pierwszych objawów raka gruczoka krokowego, będących zwiastunem rozpoczynającego się procesu chorobowego.

- Realizowane przez personel medyczny udzielający świadczeń w ramach PPZ, przekazujący uczestnikom informacje na temat programu oraz korzyści płynących z udziału w nim.
- Realizowane za pomocą metod podających (ulotki, plakaty, broszury informacyjno-edukacyjne, ogłoszenie na stronie internetowej Realizatora oraz Urzędu Miasta i Gminy Ciepiałów.
- Realizowane z możliwością wykorzystania materiałów edukacyjnych przygotowanych przez instytucje zajmujące się profilaktyką i promocją zdrowia (materiały edukacyjne opracowane przez Ministerstwo zdrowia, NFZ, narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH, Polskie Towarzystwo Ginekologii Onkologicznej, Krajowy Rejestr Nowotworów).
- Realizowane z uwzględnieniem dostosowania języka i zakresu tematycznego podejmowanych działań do odbiorców przekazu.

- Lekarska wizyta kwalifikująca do programu, obejmująca:
 - stwierdzenie spełniania wszystkich kryteriów kwalifikacji do programu,
 - stwierdzenie braku przeciwwskazań do udziału w programie,
 - przekazanie uczestnikowi niezbędnych informacji dotyczących właściwego przygotowania do badania PSA (m. in. informacje w kwestii czynników, które mogą tymczasowo podnieść/obniżyć poziom PSA, np.: intensywne ćwiczenia, współżycie seksualne/ejakulacja w ciągu ostatnich 48 godzin, obecne aktywne zakażenie układu moczowego, infekcje, zabiegi, urazy),
 - omówienie ewentualnych korzyści i szkód wynikających z prowadzenia badań przesiewowych w kierunku raka gruczołu krokowego,
 - uzyskanie świadomej zgody pacjenta na udział w badaniu,
 - indywidualną edukację zdrowotną pacjenta w zakresie czynników ryzyka, przebiegu oraz profilaktyki raka gruczołu krokowego wraz z badaniem poziomu wiedzy przy zastosowaniu opracowanego przez realizatora pre-testu przed edukacją oraz post-testu po edukacji, uwzględniającego min. 5 pytań zamkniętych (wzór testu - załącznik nr 4),
 - zapewnienie możliwości ponownej edukacji zdrowotnej i ponownego wypełnienia post-testu - jeśli uczestnik nie uzyskał w post-teście wyniku wskazującego na wysoki poziom wiedzy,
 - przekazanie ankiety satysfakcji uczestnika PPZ (wzór – załącznik 3);

3. Przesiew oportunistyczny (pomiar stężenia PSA)

- pobranie próbki krwi żyłnej w celu oznaczenia poziomu PSA,
- oznaczenie poziomu PSA;

4. Lekarska wizyta kontrolna (realizowana stacjonarnie lub w formie teleporady), obejmująca:

- przeprowadzenie interpretacji wyniku badania przesiewowego i przekazanie uczestnikowi zaleceń odnośnie dalszego postępowania:
 - w przypadku uzyskania wartości stężenia PSA <3 ng/ml - pacjent zostaje poinformowany przez lekarza o konieczności wykonywania badań kontrolnych co 1-2 lata oraz otrzyma broszurę z informacjami na ww. temat
 - w przypadku uzyskania wartości stężenia PSA ≥ 3 ng/ml - pacjent kierowany jest do ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS), prowadzącej dalszą diagnostykę poza programem. W ramach realizacji poszczególnych działań PPZ należy wypełnić odpowiednie pola karty uczestnika programu (załącznik 1).

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

Świadczenia zdrowotne udzielane w ramach PPZ zostaną zrealizowane zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa. Realizatorzy programu wyłonieni zostaną w ramach konkursu ofert, o którym mowa w art. 48b ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Świadczenia udzielane w ramach programu nie będą powielały u danego pacjenta świadczeń finansowanych w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia, co zostało uwzględnione w kryteriach wyłączenia.

5. Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej

Sposoby zakończenia udziału w PPZ są następujące:

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

IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej

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

- 1) opracowanie projektu programu polityki zdrowotnej
- 2) przesłanie oświadczenia o zgodności z Rekomendacją do Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
- 3) uchwalenie programu przez organ uchwałodawczy
- 5) przygotowanie i przeprowadzenie procedury konkursowej.
- 6) realizacja programu wraz z bieżącym monitoringiem
- 7) zakończenie realizacji PPZ
- 8) rozliczenie finansowe

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

Koordynatorem programu będzie Gmina Ciepiałów, podmiotem realizującym program będzie Realizator wyłoniony w drodze otwartego konkursu ofert, który spełnia następujące wymagania formalne:

- prowadzenie działalności gospodarczej w obszarze ochrony zdrowia,
- wpis do rejestru przedsiębiorców KRS lub CEIDG na podstawie ustawy z dnia 6 marca 2018 r. - Prawo przedsiębiorców (tekst jedn. Dz.U. 2024 poz. 236 z późn. zm.),
- wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, prowadzonego na podstawie ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tekst jedn. Dz.U. 2025 poz. 450 z późn. zm.),
- zapewnienie realizowania lekarskiej wizyty kwalifikującej do oraz lekarskiej wizyty kontrolnej przez lekarza,
- zapewnienie wykonywania badania Usg gruczołu krokowego oraz badań diagnostycznych PSA w medycznym w laboratorium diagnostycznym wpisanym do ewidencji Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych,

- posiadanie sprzętu komputerowego i oprogramowania umożliwiającego gromadzenie i przetwarzanie danych uzyskanych w trakcie realizacji programu.

SPZOZ Ciepłólów realizujący interwencje w programie będzie zobowiązany do prowadzenia i przechowywania dokumentacji medycznej w formie elektronicznej w arkuszu kalkulacyjnym (załącznik 1), a także do przekazywania uczestnikom ankiet satysfakcji pacjenta (załącznik 3). Ponadto realizator będzie przekazywał koordynatorowi raporty okresowe, a także sporządzi sprawozdanie końcowe z przeprowadzonych interwencji (załącznik 2). Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych w programie będzie zobowiązany prowadzić, przechowywać i udostępniać dokumentację medyczną w sposób zgodny z Ustawą z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, Ustawą z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, a także Ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych.

V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej.

1. Monitorowanie

1. Ocena zgłaszalności do programu na podstawie następujących mierników:

- liczba osób, które uczestniczyły w działaniach edukacyjnych (np. liczba rozdanych ulotek, wywieszonych plakatów, pobran materiałów edukacyjnych itp.)
- liczba osób, które wzięły udział w lekarskiej wizycie kwalifikującej i edukacji zdrowotnej.
- liczba osób, które na wizycie kwalifikującej odmówiły wzięcia udziału w badaniu stężenia PSA
 - liczba osób, które zostały poddane badaniu stężenia PSA
 - liczba osób, które wzięły udział w lekarskiej wizycie kontrolnej
 - liczba osób, które nie zostały objęte PPZ z powodów zdrowotnych lub z innych powodów
 - liczba osób, które zrezygnowały z udziału w programie przed jego zakończeniem

2. Ocena jakości świadczeń w programie na podstawie:

- wyników ankiety satysfakcji uczestników programu (załącznik nr 3)
- ewentualnych pisemnych uwag przekazywanych do realizatora programu

2. Ewaluacja

Ocena efektywności programu prowadzona na podstawie następujących mierników efektywności:

- odsetek osób, u których w post-teście utrzymano lub uzyskano wysoki poziom wiedzy (min. 80% poprawnych odpowiedzi) w zakresie profilaktyki RGK, względem wszystkich osób uczestniczących w działaniach edukacyjnych, które wypełniły pre-test
- odsetek osób, u których podczas badania przesiewowego wykryto nieprawidłowy poziom stężenia PSA i którzy zostali skierowani na dalszą diagnostykę w ramach NFZ (POZ lub

AOS), w stosunku do wszystkich uczestników badań przesiewowych prowadzonych w programie

- odsetek osób z grupy ryzyka, którzy ostatecznie zdecydowali się wziąć udział w badaniach przesiewowych
- odsetek osób, u których wykonano badanie stężenia PSA.

VI. Budżet programu polityki zdrowotnej.

1. Koszty jednostkowe

Przedstawiono szacunkowe koszty jednostkowe interwencji wchodzących w skład PPZ. Faktyczne koszty wynikały będą z oferty złożonej przez lekarzy urologów, którzy przystąpią do konkursu na lekarza biorącego udział w realizacji programu polityki zdrowotnej.

Szacunkowe koszty jednostkowe interwencji wchodzących w skład PPZ

1. Lekarska wizyta kwalifikująca do programu -250,00
2. Przesiew oportunistyczny (pomiar stężenia PSA) -15,00- 1 badanie (łącznie-500,00)
3. Lekarska wizyta kontrolna + USG gruczołu krokowego- 250,00

2. Planowane koszty całkowite.

Koszty programu w podziale na etapy i poszczególne interwencje.

Koszty pośrednie:

1. Koszty personelu PPZ bezpośrednio zaangażowanego w zarządzanie, rozliczanie, monitorowanie projektu i prowadzenie innych działań administracyjnych w projekcie, w tym koszty wynagrodzenia - 3000
2. Koszt działań informacyjno-edukacyjnych – 500
3. Obsługa strony internetowej (aktualizacja informacji o programie) - 2000

Koszty bezpośrednie:

1. Lekarska wizyta kwalifikująca do programu -250,00
2. Przesiew oportunistyczny (pomiar stężenia PSA) -150,00
3. Lekarska wizyta kontrolna + USG gruczołu krokowego- 250,00
4. Środki czystości, materiały medyczne, artykuły niemedyczne (materiały biurowe, papier ksero, recepty, tonery) - 4000

Łączny szacowany koszt programu planowany jest na poziomie 30000 zł.

Kwoty przewidywane na realizację programu mogą podlegać modyfikacjom w zależności od zmiany cen usług w trakcie trwania programu, z uwagi na szeroki zakres proponowanych świadczeń zdrowotnych. Mając powyższe na uwadze, możliwa jest również zmiana liczby uczestników programu.

Całkowity koszt realizacji programu uzależniony jest od ceny zaproponowanej przez wykonawców programu (lekarzy) wyłonionych w drodze otwartego konkursu ofert.

W trakcie realizacji programu dopuszcza się możliwość zmiany pomiędzy ilością poszczególnych świadczeń, w sytuacji gdy wystąpią okoliczności, których nie można było przewidzieć na etapie przygotowywania oferty, jednakże w ramach limitu kwotowego przeznaczonego na realizację zadań.

3. Źródło finansowania.

Program Profilaktyki finansowany będzie ze środków Gminy Ciepiałów.

Koszt całkowity to 30 000 zł.

Bibliografia:

1. Dane z Raportu Krajowego Rejestru Nowotworów : <https://onkologia.org.pl/pl/raporty>
2. Urszula Sułkowska, Irmina Michałek, Urszula Wojciechowska, Paweł Olasek, Monika Orzechowska, Sylwia Natkańska, Jolanta Lissowska: NOWOTWORY ZŁOŚLIWE W WOJEWÓDZTWIE MAZOWIECKIM W 2023 ROKU.
3. <https://onkologia.pacjent.gov.pl/pl/kompendium-chorob-nowotworowych/gruczol-krokowy/epidemiologia>.
4. <https://onkologia.pacjent.gov.pl/pl/profilaktyka>
5. <https://onkologia.org.pl/pl/epidemiologia/nawotwory-zlosliwe-w-polsce>.
6. Uchwała nr 10 Rady Ministrów z dnia 4 lutego 2020 r. w sprawie przyjęcia programu wieloletniego pn. Narodowa Strategia Onkologiczna na lata 2020-2030
7. <https://pacjent.gov.pl/aktualnosc/meska-sprawa-profilaktyka-raka-prostaty>.
8. <https://mojezdrowiewpoz.pl/psa-calkowity>
9. Wojciechowska U., Didkowska A., Barańska K. i in., Nowotwory złośliwe w Polsce w 2022 roku. Narodowy Instytut Onkologii, Krajowy Rejestr Nowotworów, Warszawa 2024.

Załączniki:

Załącznik 1

Karta uczestnika programu pn. „Profilaktyka i wczesne wykrywanie nowotworów gruczołu krokowego u mężczyzn w Gminie Ciepielów” (wzór)

1. Dane uczestnika programu:

Nazwisko	
Imię	
Płeć	
Wiek	
Pesel	
Adres zamieszkania	
Numer telefonu	

2. Zgoda na udział w programie:

**FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA UDZIAŁ
W PROGRAMIE POLITYKI ZDROWOTNEJ**

1. Nazwa programu:

Profilaktyka i wczesne wykrywanie nowotworu gruczołu krokowego u mężczyzn w Gminie Ciepiałów.

2. Imię i nazwisko osoby badanej w ramach programu:.....

.....

3. Data urodzenia:.....

Potwierdzam, że zapoznałam/em się z:

☐ Informacją o warunkach udziału w Programie.

☐ Miałam/em możliwości zadawania pytań oraz udzielono mi niezbędnych odpowiedzi i wyjaśnień związanych z udziałem w programie oraz z moim w nim uczestnictwem.

☐ Rozumiem, że mój udział jest dobrowolny oraz, że mogę się wycofać z udziału w programie profilaktycznym w dowolnym momencie bez podania przyczyny.

Ponadto uświadomiono mnie, że wyniki niniejszego programu profilaktycznego mogą posłużyć do przygotowania raportu ewaluacyjnego z jego realizacji, prezentującego wyniki badań pacjentów, stopień osiągnięcia celów oraz rezultaty działań, uzyskane po zakończeniu programu, a dane dotyczące pacjentów, zawarte w tym raporcie przedstawione będą tylko w postaci zanonimizowanej.

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

3. Lekarska wizyta kwalifikująca do programu i edukacja zdrowotna.

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

.....

(data, pieczęć i podpis osoby uprawnionej)

4. Przesiew oportunistyczny (pomiar stężenia PSA)

Nazwa świadczenia	Data wykonania świadczenia
Oznaczenie poziomu markera PSA	

5. Lekarska wizyta kontrolna.

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

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

Przyczyna rezygnacji	Data rezygnacji	Podpis uczestnika

Załącznik 2

Sprawozdanie realizatora z przeprowadzonych działań w ramach programu pn. „Profilaktyka i wczesne wykrywanie nowotworów gruczołu krokowego w Gminie Ciepiałów(wzór)

I. Dane realizatora

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

II. Sprawozdanie z przeprowadzonych interwencji

Krótki opis działań podjętych w ramach akcji informacyjnej	
Monitoring	
liczba osób, które uczestniczyły w działaniach edukacyjnych (np. liczba rozdanych ulotek, wywieszonych plakatów, pobrań materiałów edukacyjnych itp.)	
liczba osób, które wzięły udział w lekarskiej wizycie kwalifikującej i edukacji zdrowotnej	
liczba osób, które na wizycie kwalifikującej odmówiły wzięcia udziału w badaniu stężenia PSA	
liczba osób, które zostały poddane badaniu stężenia PSA	
liczba osób, które wzięły udział w lekarskiej wizycie kontrolnej	
liczba osób, które nie zostały objęte PPZ z powodów zdrowotnych lub z innych powodów	
liczba osób, które zrezygnowały z udziału w programie przed jego zakończeniem	
Wyniki ankiety satysfakcji (krótki opis)*	
Ewaluacja	
Odsetek osób, u których w post-teście utrzymano lub uzyskano wysoki poziom wiedzy (min. 80% poprawnych odpowiedzi) w zakresie profilaktyki RGK, względem wszystkich osób uczestniczących w działaniach edukacyjnych, które wypełniły pre-test	
Odsetek osób, u których podczas badania przesiewowego wykryto nieprawidłowy poziom stężenia PSA i którzy zostali skierowani na dalszą diagnostykę w ramach NFZ (POZ lub AOS), w stosunku do wszystkich uczestników badań przesiewowych prowadzonych w programie	

Odsetek osób z grupy ryzyka, którzy ostatecznie zdecydowali się wziąć udział w badaniach przesiewowych	
Odsetek osób, u których wykonano badanie stężenia PSA	

* wyłącznie w sprawozdaniu rocznym i końcowym

....., dnia

(miejscowość) (data)

.....

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

Załącznik 3

Ankieta satysfakcji uczestnika programu pn. „Profilaktyka i wczesne wykrywanie nowotworów gruczołu krokowego w Gminie Ciepiałów” (wzór)

1. Czy udział w programie spełnił Pana oczekiwania?

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

1 2 3 4 5

2. Jak ocenia Pan przydatność zdobytych w programie informacji pod względem wzrostu wiedzy w zakresie profilaktyki raka gruczołu krokowego?

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

1 2 3 4 5

3. Jak ocenia Pan jakość usług otrzymanych w ramach lekarskiej wizyty kwalifikującej do programu oraz lekarskiej wizyty kontrolnej?

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

1 2 3 4 5

4. Jak ocenia Pan Program od strony organizacyjnej?

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

1 2 3 4 5

Dodatkowe uwagi:

Dziękujemy za wypełnienie ankiety.

Załącznik 4

Test wiedzy dla uczestnika edukacji zdrowotnej realizowanej podczas wizyty kwalifikującej do programu pn. „Profilaktyka i wczesne wykrywanie nowotworów gruczołu krokowego w Gminie Ciepiałów” (wzór)

1. Który z poniższych czynników zwiększa ryzyko zachorowania na raka prostaty?
 - A) Dieta bogata w produkty pełnoziarniste
 - B) Regularna aktywność fizyczna
 - C) Wiek powyżej 50 lat
 - D) Niski poziom kortyzolu
2. Który objaw może sugerować rozwój raka prostaty?
 - A) Nagła utrata masy ciała
 - B) Problemy z oddawaniem moczu
 - C) Silny ból w dolnej części pleców
 - D) Wszystkie powyższe
3. Jakie badanie jest podstawowym testem przesiewowym w kierunku raka prostaty?
 - A) USG jamy brzusznej
 - B) Badanie poziomu PSA we krwi
 - C) RTG miednicy
 - D) Morfologia krwi
4. Jakie są różnice między rakiem prostaty a łagodnym przerostem gruczołu krokowego?
 - A) Rak prostaty rozwija się szybko, a przerost prostaty wolno
 - B) Rak prostaty może dawać przerzuty, a przerost prostaty nie
 - C) Łagodny przerost prostaty nie jest nowotworem
 - D) Wszystkie powyższe
5. Czy rak prostaty zawsze wymaga natychmiastowego leczenia?
 - A) Tak, zawsze
 - B) Nie, jeśli jest w bardzo wczesnym stadium, można zastosować aktywny nadzór
 - C) Nie, jeśli poziom PSA jest niski
 - D) Tak, jeśli pacjent nie ma objawów