

UCHWAŁA NR .../.../2022  
RADY GMINY EŁK  
z .... marca 2022 r.

w sprawie przyjęcia

**„Programu polityki zdrowotnej Gminy Ełk na lata 2022-2026  
w zakresie profilaktyki chorób piersi i gruczołu sutkowego”**

Na podstawie art. 7 ust. 1 pkt 5 i art. 18 ust. 1 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (t. j. Dz.U. z 2022 r., poz. 559), art. 48 ust. 1, 3 i 5 oraz art. 48 a ust. 5 pkt 1 lit. b ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t. j. Dz. U. z 2021 r., poz. 1285 ze zm.), Rada Gminy Ełk uchwala, co następuje:

§ 1. Przyjmuje się do realizacji „Program polityki zdrowotnej Gminy Ełk na lata 2022-2026 w zakresie profilaktyki chorób piersi i gruczołu sutkowego”, będący załącznikiem do niniejszej uchwały.

§ 2. Wykonanie uchwały powierza się Wójtowi Gminy Ełk.

§ 3. Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Przewodniczący  
Rady Gminy Ełk

**Bogdan Jurczyk**

Sporządziła: Aneta Dzwilewska

Sprawdził: Piotr Strykowski

Pod względem prawnym  
uwagi nie wnoszę  
RADA GMINY EŁK  
Grzegorz ...anowski

## UZASADNIENIE

Przyjęcie „Programu polityki zdrowotnej Gminy Ełk na lata 2022-2026 w zakresie profilaktyki chorób piersi i gruczołu sutkowego” jest zgodne ze „Strategią Ochrony i Promocji Zdrowia Gminy Ełk na lata 2020–2025”. Określenie stanu zdrowia mieszkańców oraz ich potrzeb zdrowotnych stanowiło punkt wyjścia dla realizacji zadań statutowych Gminy Ełk mających na celu ochronę i promocję zdrowia. Strategia została przyjęta Uchwałą nr XXXIV/223/2020 Rady Gminy Ełk z 29 października 2020 roku w sprawie przyjęcia „Strategii Ochrony i Promocji Zdrowia Gminy Ełk na lata 2020–2025”.

WÓJT  
mgr Tomasz Osowski



Załącznik do Uchwały Nr ...../2022  
Rady Gminy Ełk z dnia ... marca 2022 r.



**Program polityki zdrowotnej  
Gminy Ełk  
na lata 2022–2026**

**w zakresie  
profilaktyki chorób piersi i gruczołu sutkowego**

Projekt programu polityki zdrowotnej został opracowany na podstawie  
art. 48 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r.  
o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych  
(Dz.U. 2021 poz. 1285 z późn. zm.)



## Spis treści

Spis tabel .....	3
Spis rycin.....	4
I. Opis problemu zdrowotnego wraz z uzasadnieniem wprowadzenia programu .....	5
I.1 Opis problemu zdrowotnego .....	5
I.2 Dane epidemiologiczne .....	7
I.3 Obecne postępowanie .....	15
II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji .....	18
II.1 Cel główny .....	18
II. 2 Cele szczegółowe.....	18
II.3 Mierniki efektywności odpowiadające celom programu.....	18
III. Charakterystyka populacji docelowej oraz interwencji planowanych w ramach programu.....	19
III.1 Populacja docelowa .....	19
III.2 Kryteria kwalifikacji do programu oraz wykluczenia z programu .....	21
Kryteria włączenia do części edukacyjnej: .....	21
Kryteria wyłączenia z części edukacyjnej:.....	22
Kryteria włączenia do części diagnostycznej dla kobiet z grup ryzyka:.....	22
Kryteria wyłączenia z części diagnostycznej: .....	22
III.3 Planowane interwencje.....	23
III.4 Sposób udzielania świadczeń w ramach programu .....	25
III.5 Sposób zakończenia udziału w programie .....	26
IV. Organizacja programu.....	28
IV.1 Etapy programu i działania podejmowane w ramach etapów .....	28
Etap I – działania organizacyjne .....	28
Etap II – działania edukacyjne i diagnostyczne .....	29



Etap III – działania kontrolne i sprawozdawcze .....	34
IV.2 Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych .....	35
V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu.....	37
V.1 Monitorowanie.....	37
V.2 Ewaluacja .....	38
VI. Budżet programu.....	40
VI.1 Koszty jednostkowe.....	40
VI.2 Koszty całkowite .....	41
1. Koszty organizacyjne .....	41
2. Koszty interwencji.....	41
3. Koszty ogólne programu.....	42
VI.3 Źródła finansowania .....	43
VII. Bibliografia .....	44
VIII. Załączniki – wzory dokumentów do wykorzystania przez Realizatora .....	46
ZAŁĄCZNIK 1. Ankieta satysfakcji uczestnika programu .....	46
ZAŁĄCZNIK 2. Zgoda na udział w programie.....	48
ZAŁĄCZNIK 3. Ankieta satysfakcji uczestnika programu – działania edukacyjne.....	49

### **Spis tabel**

Tabela 1. Umieralność na nowotwory piersi w Polsce w latach 1965-2013.....	10
Tabela 2. Wybrane dane statystyczne dotyczące Gminy Ełk .....	19
Tabela 3. Populacja kobiet, w wieku 30-69 lat w Gminie Ełk. ....	20
Tabela 4. Koszt jednostkowy badań przesiewowych .....	41
Tabela 5. Planowany roczny budżet całkowity .....	42

## Spis rycin

Rycina 1. Częstość zachorowań na nowotwory piersi w Polsce w 2013 roku .....	8
Rycina 2. Struktura zachorowań i zgonów kobiet w Polsce w 2018 r. z powodu nowotworów	8
Rycina 3 Struktura zachorowań na nowotwory kobiet w podziale na grupy wiekowe .....	9
Rycina 4. Zachorowania na nowotwory w 2018 r. w województwie warmińsko-mazurskim .	10
Rycina 5. Struktura zgonów na nowotwory kobiet w podziale na grupy wiekowe .....	11
Rycina 6. Struktura zgonów na nowotwory w Polsce w 2018 w województwie warmińsko- mazurskim .....	11
Rycina 7. Wskaźnik zapadalności rejestrowanej (liczby bezwzględne).....	12
Rycina 8. Zapadalność rejestrowana na 100 tys. ludności w woj. w latach 2013-2016.....	12
Rycina 9. Chorobowość rejestrowana na dzień 31.12.2016.....	13
Rycina 10. Chorobowość rejestrowana na dzień 31.12.2016.....	13
Rycina 11. Statystyka porad poza systemem NFZ w rodzaju poradnia onkologiczna.....	14
Rycina 12 Statystyka porad poza systemem NFZ w rodzaju poradnia onkologiczna dla Powiatu Ełckiego. ....	14
Rycina 13. Objęcie populacji programem profilaktyki raka piersi – stan na 01.09.2021.....	16
Rycina 14. Objęcie populacji województwa warmińsko-mazurskiego programem profilaktyki raka piersi .....	16
Rycina 15. Ludność według płci i wieku w 2019 r.....	19



## **I. Opis problemu zdrowotnego wraz z uzasadnieniem wprowadzenia programu**

### **I.1 Opis problemu zdrowotnego**

Nowotwór złośliwy gruczołu sutkowego to nowotwór wywodzący się z nabłonka przewodów lub zrazików gruczołu sutkowego, który początkowo rozwija się miejscowo w piersi, dając przerzuty za pośrednictwem naczyń chłonnych czy krwionośnych do węzłów chłonnych i narządów odległych.

Charakterystyczna dla raka piersi jest jego dziedziczna predyspozycja do zachorowania, a zespół najwyższej predyspozycji związany jest z występowaniem mutacji w genach BRCA1 i BRCA2. Dziedziczne podłoże raka piersi, będącego efektem tych mutacji, dotyczy kilku procent chorych (3–5% w ogólnej populacji chorych na raka piersi), ale w przypadku wystąpienia mutacji w tych genach, prawdopodobieństwo zachorowania na raka piersi wynosić może nawet 80% [1]. Takie zachorowania są często odnotowywane w młodym wieku (średnia wieku zachorowania dla jednej z mutacji w genie BRCA1 – mutacji w egzonie 13. – wynosi 41 lat) [1]

### **Objawy raka piersi**

Objawem jest guz różniący się od otaczających go tkanek lub nieostro odgraniczone zgrubienie nieobecne w drugiej piersi. Ponadto rak piersi może powodować zmianę kształtu lub powiększenie się sutka [2]. Zmiany w wyglądzie piersi mogą zachodzić przy zaawansowanych zmianach nowotworowych. U części pacjentek może to być powiększenie pachowych węzłów chłonnych po tej samej stronie, co guz. Występowanie przerzutów w węzłach chłonnych w okolicach obojczyków jest objawem większego zaawansowania raka. Przy masywnym zajęciu regionalnych węzłów chłonnych charakterystyczny może być obrzęk chłonny ręki. W stadium uogólnionym (rozsiałym), najbardziej zaawansowanym stadium raka mogą wystąpić objawy sugerujące rozprzestrzenienie się komórek nowotworowych z guza pierwotnego w piersi na inne narządy, w których tworzą się przerzuty. Objawy przerzutów są charakterystyczne dla ich lokalizacji, np. bóle kostne (przerzuty do kości), silne bóle i zawroty głowy (przerzuty do mózgu), czy brak apetytu lub ból brzucha (przerzuty do wątroby).

### **Klasyfikacja i stopnie zaawansowania raka piersi**

Klasyfikacja histopatologiczna raka piersi wprowadzona przez Światową Organizację Zdrowia (WHO World Health Organisation) dzieli nowotwory piersi na:

- raki przedinwazyjne - nienaciekające, in situ;

- inwazyjne – naciekające.

Uzależnione jest to od ograniczenia zmiany nowotworowej w obrębie komórek nabłonkowych lub jej dalszego rozprzestrzenienia się (naciekania). Rak piersi wykryty w stadium przedinwazyjnym jest chorobą praktycznie całkowicie wyleczalną. Rokowania w przypadku raków naciekających zależą od ich typu (typu histologicznego i biologicznego, stopnia złośliwości) oraz stopnia zaawansowania [3].

Przy ocenie stopnia zaawansowania raka piersi stosuje się klasyfikację kliniczną TNM, umożliwiającą wyodrębnienie 5 stopni zaawansowania (0-IV). Zależą one od wielkości guza, przerzutów do węzłów chłonnych pachowych i obecności przerzutów odległych:

- **Stopień „0”** rozpoznawany jest w przypadku bardzo wczesnej postaci nowotworu piersi, do której kwalifikowane są raki nienaciekające (przedinwazyjne).

W tym stadium choroba jest praktycznie całkowicie wyleczalna

Postępowanie terapeutyczne ma na celu uzyskanie miejscowego wyleczenia oraz zapobiegnięcie wystąpienia raka inwazyjnego;

- **Stopień I oraz II** oznacza inwazyjne stadium choroby

Lokalizacja komórek nowotworowych jest nadal ograniczona do gruczołu piersiowego lub zaczęły się one rozprzestrzeniać do najbliższych pachowych węzłów chłonnych;

- **Stopień III** nazywany jest miejscowo zaawansowanym i oznacza przerzuty nowotworu do regionalnych węzłów chłonnych i/lub do okolicznych tkanek, bez obecności przerzutów do odległych narządów i węzłów chłonnych;

- **Stopień IV** uogólniony (rozsiały) rak piersi jest najbardziej zaawansowaną postacią tego nowotworu i oznacza obecność przerzutów odległych, np. w kościach, płucach, wątrobie lub w mózgu.

Zaawansowany rak piersi to także stadium nawrotu choroby, za które uznawane jest zarówno miejscową wznowę, jak i przerzuty w odległych narządach.

Nawrót raka piersi następuje u około 20% chorych po wcześniejszym leczeniu radykalnym [4].

Determinantą rokowania i szans przeżycia jest stopień zaawansowania choroby.

### **Czynniki ryzyka:**

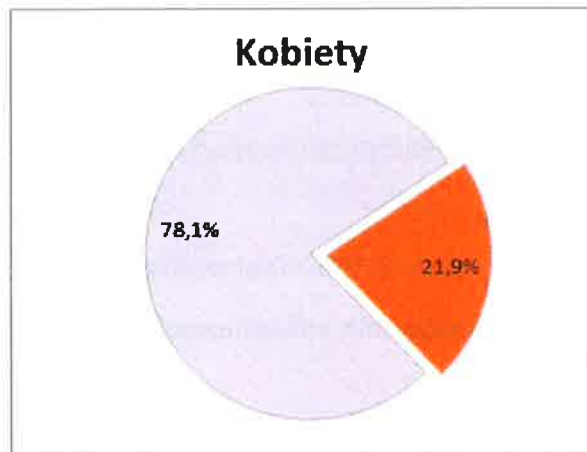
- Płeć – żeńska;
- Wiek – uważany za najistotniejszy czynnik ryzyka, ryzyko zachorowania wzrasta wraz z wiekiem;
- Obciążenie genetyczne – około 5-10% ma charakter dziedziczny;
- Czynniki hormonalne – stosowanie antykoncepcji doustnej oraz hormonalnej terapii zastępczej;
- Styl życia;
- Inne nowotwory w przeszłości;
- Zmiany łagodne – łagodne zmiany przebiegające z obecnością rozrostu atypowego;
- Gęstość tkanki gruczołowej- kobiety z gęstą tkanką gruczołową mają większe ryzyko zachorowania.

### **I.2 Dane epidemiologiczne**

Nowotwory piersi stanowią największy problem onkologiczny w krajach rozwiniętych oraz narastający problem w krajach rozwijających się. W krajach rozwiniętych występuje połowa zachorowań, natomiast większość zgonów notuje się w krajach słabiej rozwiniętych (60%).

Szacuje się, że na całym świecie rocznie raka piersi rozpoznaje się u 1,5 miliona kobiet, a około 400 tysięcy umiera z tego powodu. Jest to najczęstszy nowotwór złośliwy wśród mieszkanek krajów wysoko cywilizowanych, takich jak USA, Kanada, Australia czy kraje Europy Zachodniej. W krajach członkowskich Unii Europejskiej w 2008 roku u ponad 330 tysięcy kobiet zdiagnozowano raka piersi, około 89 tysięcy zmarło z tego powodu. Około 1,33 mln kobiet żyje z diagnozą raka piersi postawioną w ciągu poprzedzających 5 lat.

Nowotwory złośliwe piersi stanowią u kobiet 22% zachorowań. Dane ukazane są na rycinie 1.

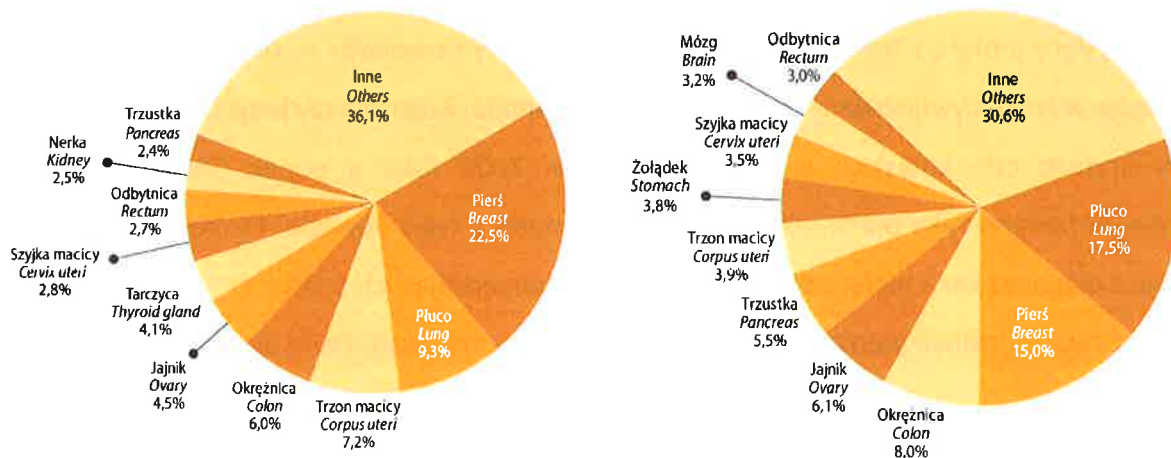


Rycina 1. Częstość zachorowań na nowotwory piersi w Polsce w 2013 roku

Źródło: Didkowska Joanna, Wojciechowska Urszula. Zachorowania i zgony na nowotwory złośliwe w Polsce. Krajowy Rejestr Nowotworów, Centrum Onkologii - Instytut im. Marii Skłodowskiej – Curie

Wśród kobiet w 2018 roku w Polsce najczęściej rejestrowany był nowotwór piersi – 22,5%. Stanowił też najczęstszą przyczynę zgonów.

Informacje o częstości rejestrowania nowotworów w 2018 roku w grupie kobiet przedstawione są na rycinie 2. – strona prawa zachorowania, strona lewa zgony.



Rycina 2. Struktura zachorowań i zgonów kobiet w Polsce w 2018 r. z powodu nowotworów

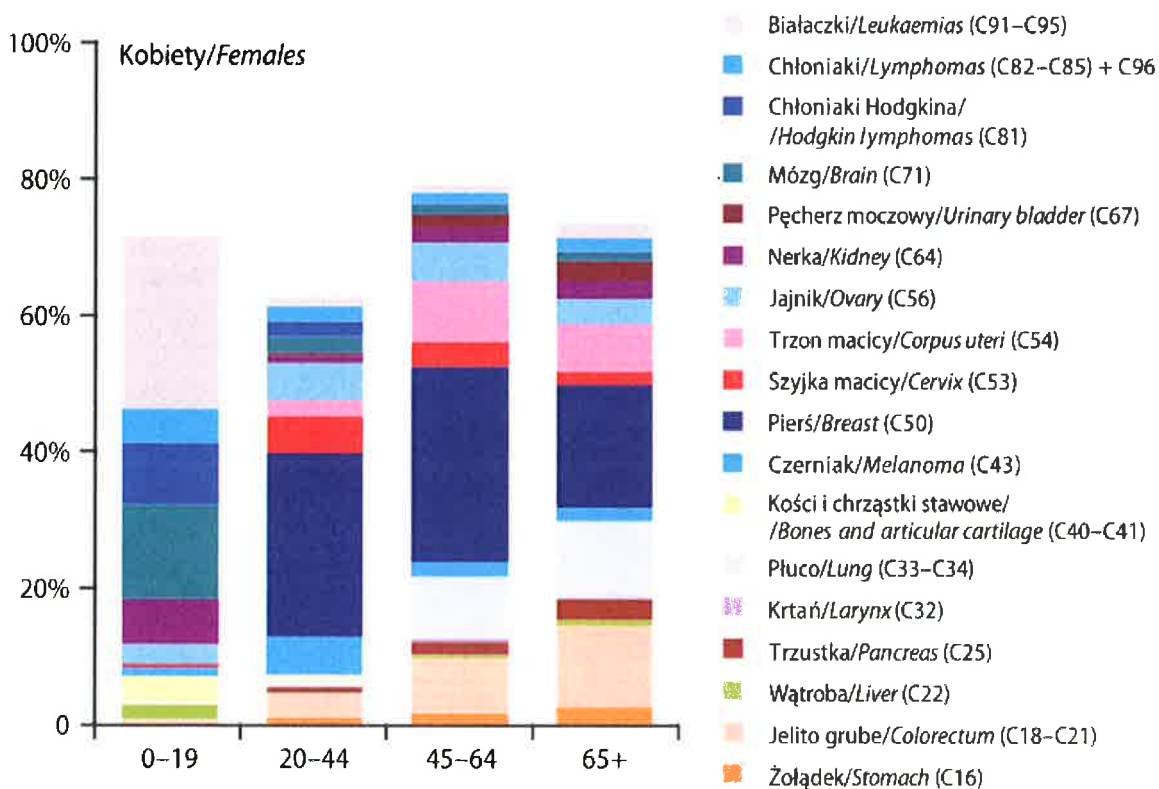
Źródło: Wojciechowska U., Czaderny K., Ciuba A., Olasek P., Didkowska J., Nowotwory złośliwe w Polsce w 2018 roku

Trend dotyczący zachorowalności na nowotwory złośliwe piersi w ciągu ostatnich trzech dekad wykazuje tendencję wzrostową (ponad 2-krotnie).

Dane wskazują, że zachorowalność u dorosłych kobiet w wieku przedmenopauzalnym (20-49 lat) wykazała tendencję wzrostową w ciągu ostatnich trzech dekad około 1,7 razy.

Najwyższy wzrost ryzyka zachorowania notuje się wśród kobiet w wieku 50-69 lat, przy czym największy wzrost zachorowalności obserwowano w ostatnich dwóch dekadach (1990-2010). U kobiet po 70 roku życia tempo wzrostu zachorowalności wyhamowało w latach 90. ubiegłego wieku.

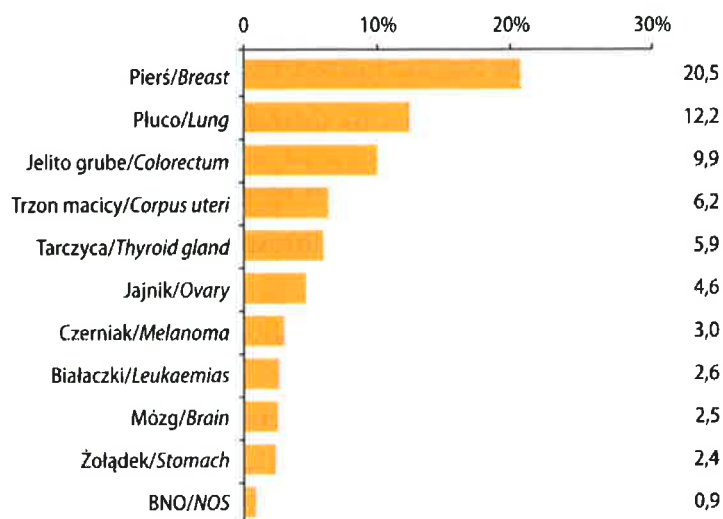
Dane z 2018 roku wskazują, że nowotwór piersi jest najczęściej występującym nowotworem w strukturze zachorowań w każdej grupie wiekowej kobiet (20-44, 45-64, 65+) z wyjątkiem grupy najmłodszych (0-19). Dane zawarte są na rycinie 3.



Rycina 3 Struktura zachorowań na nowotwory kobiet w podziale na grupy wiekowe

Źródło: Wojciechowska U., Czaderny K., Ciuba A., Olasek P., Didkowska J., Nowotwory złośliwe w Polsce w 2018 roku

W przypadku województwa warmińsko-mazurskiego w świetle danych z 2018 roku, najczęściej rejestrowanym nowotworem wśród kobiet był nowotwór piersi 20,5%. Dane zawarte na rycinie 4.



Rycina 4. Zachorowania na nowotwory w 2018 r. w województwie warmińsko-mazurskim

Źródło: Wojciechowska U., Czaderny K., Ciuba A., Olasek P., Didkowska J., Nowotwory złośliwe w Polsce w 2018 roku

## Umieralność

Nowotwory złośliwe piersi powodują około 13% zgonów nowotworowych u kobiet.

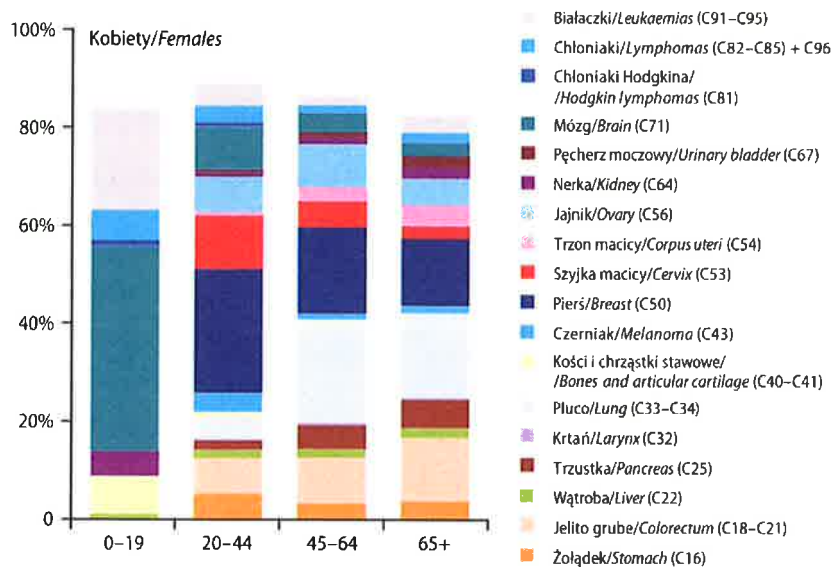
Informacje o liczbie zgonów z powodu nowotworów na przestrzeni lat pokazuje tabela 1.

Tabela 1. Umieralność na nowotwory piersi w Polsce w latach 1965-2013

Rok	Kobiety		
	Liczba	Wsp. surowy	Wsp. stand.
1965	1938	12,0	10,8
1970	2270	13,6	11,5
1975	2895	16,5	13,2
1980	3446	18,9	14,8
1985	3795	19,9	15,1
1990	4323	22,1	16,1
1995	4665	23,6	16,3
2000	4712	23,7	15,0
2005	5112	25,9	14,9
2010	5226	26,3	13,7
2013	5816	29,3	14,5

Źródło: Didkowska Joanna, Wojciechowska Urszula. *Zachorowania i zgony na nowotwory złośliwe w Polsce*. Krajowy Rejestr Nowotworów, Centrum Onkologii - Instytut im. Marii Skłodowskiej – Curie

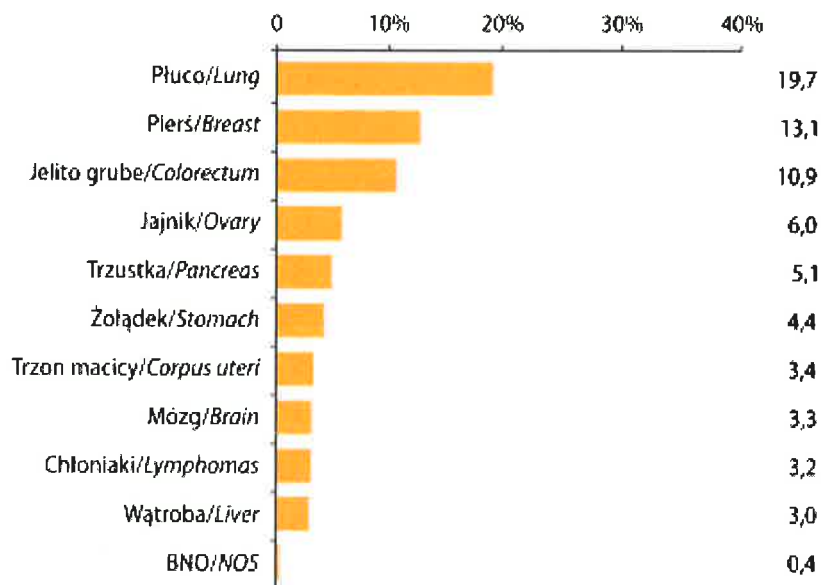
Informację o strukturze zgonów (w tym zgonów z powodu nowotworu piersi) w poszczególnych grupach wieku w roku 2018 przedstawia rycina 5.



Rycina 5. Struktura zgonów na nowotwory kobiet w podziale na grupy wiekowe

Źródło: Wojciechowska U., Czaderny K., Ciuba A., Olasek P., Didkowska J., Nowotwory złośliwe w Polsce w 2018 roku

W województwie warmińsko-mazurskim w strukturze zgonów w 2018 roku, zgony z powodu nowotworu piersi wynoszą 13,1% (rycina 6)

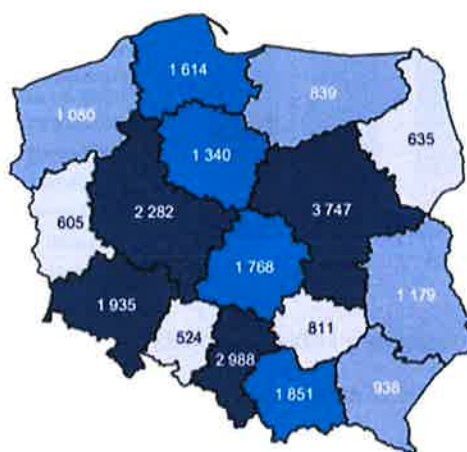


Rycina 6. Struktura zgonów na nowotwory w Polsce w 2018 w województwie warmińsko-mazurskim

Źródło: Wojciechowska U., Czaderny K., Ciuba A., Olasek P., Didkowska J., Nowotwory złośliwe w Polsce w 2016 roku

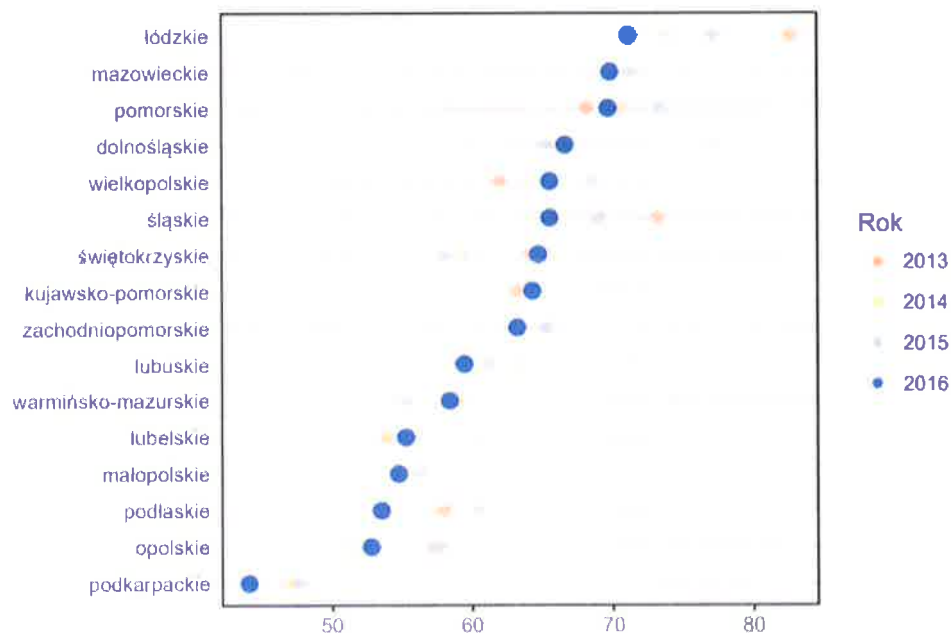
Zapadalność rejestrowana dla rozpoznai z grupy nowotworów piersi w roku 2016 wyniosła 24,1 tys. przypadków w Polsce. Współczynnik zapadalności rejestrowanej na 100 tysięcy ludności wyniósł 62,8.

Informacje zawarte w Mapach Potrzeb Zdrowotnych wskazują, że zapadalność rejestrowana w 2016 roku (w podziale na województwa zamieszkania pacjenta) dla województwa warmińsko-mazurskiego wynosiła 839 (rycina 7).



Rycina 7. Wskaźnik zapadalności rejestrowanej (liczby bezwzględne)

Źródło: Mapy Potrzeb Zdrowotnych, 2018, onkologia



Rycina 8. Zapadalność rejestrowana na 100 tys. ludności w woj. w latach 2013-2016

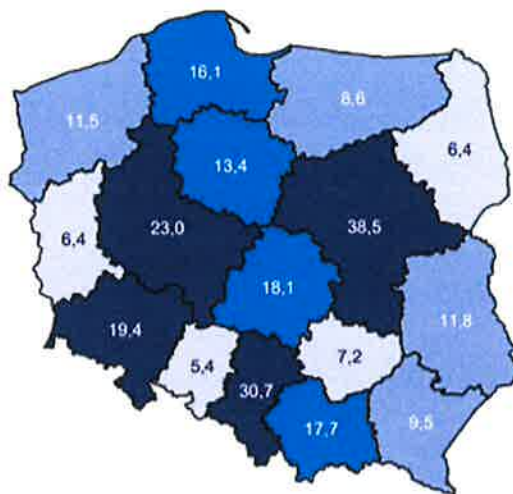
Źródło: Mapy Potrzeb Zdrowotnych, 2018, onkologia



Mapy Potrzeb Zdrowotnych oszacowały chorobowość rejestrowaną na dzień 31.12.2016 r. Za chorych uznano zaklasyfikowanych jako nowe przypadki zachorowania w publicznym systemie opieki zdrowotnej od 2009 roku oraz którzy nie zmarli do dnia 31.12.2016 r.

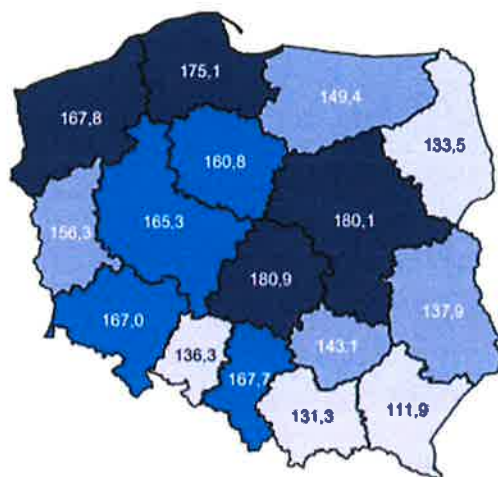
Liczba chorych została oszacowana na 243,8 tysięcy (na 100 tys. mieszkańców jest to 0,2 tys.).

Mapy poniżej (rycina 9 i 10) zawierają informacje o liczbie chorych w poszczególnych województwach (w wartościach bezwzględnych i w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców).



Rycina 9. Chorobowość rejestrowana na dzień 31.12.2016

Źródło: Mapy Potrzeb Zdrowotnych, 2018, onkologia



Rycina 10. Chorobowość rejestrowana na dzień 31.12.2016

Źródło: Mapy Potrzeb Zdrowotnych, 2018, onkologia

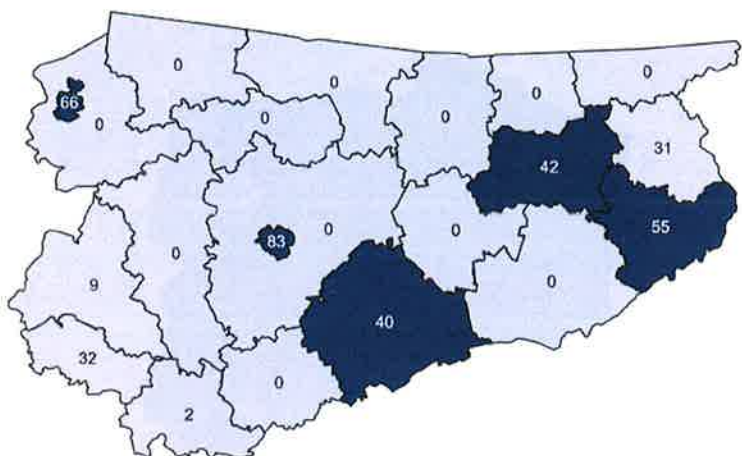
Niepokojącym jest zjawisko, iż w województwie warmińsko-mazurskim sprawozdawanych jest znaczna liczba świadczeń udzielanych poza systemem finansowanym przez NFZ, co oznacza, że dla ogromniej populacji osób świadczenia gwarantowane w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w rodzaju „poradnia onkologiczna” nie jest dostępne ze względu na konieczność ponoszenia opłat *pay of pocket*. Średnia dla Polski w tym zakresie wynosi 14,18%.

Nazwa poradni ZD-3	Liczba porad ZD-3 [tys.]	Liczba porad NFZ. [tys.]	Porady poza NFZ [%]	Porady poza NFZ dla PL [%]
poradnia onkologiczna	74,20	67,59	8,91	14,18

Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ

Rycina 11. Statystyka porad poza systemem NFZ w rodzaju poradnia onkologiczna.

Szczególnie tragiczna sytuacja występuje pod tym względem w Powiecie Ełckim, gdzie odnotowano jeden z najwyższych wskaźników porad poza NFZ szacowany na 55%. Jest to ponad 3 krotnie więcej niż średnia dla Polski.



Opracowanie DAiS na podstawie danych z NFZ

Rycina 12 Statystyka porad poza systemem NFZ w rodzaju poradnia onkologiczna dla Powiatu Ełckiego.

### **I.3 Obecne postępowanie**

Obecnie w Polsce finansowany ze środków publicznych jest program zdrowotny Wczesnego Wykrywania Raka Piersi, w ramach którego realizowane są badania mammograficzne co 2 lata u kobiet w wieku między 50-69 lat.

Dostępna jest również diagnostyka i leczenie w ramach tzw. szybkiej ścieżki onkologicznej, do której uprawnia karta Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego (DiLO). Karta DiLO wystawiana jest przez lekarza POZ, w przypadku podejrzenia lub stwierdzenia nowotworu na podstawie zgłoszonych przez pacjenta objawów oraz zleconych badań w ramach diagnostyki podstawowej. W przypadku podejrzenia nowotworu złośliwego, kartę DiLO może wystawić również lekarz specjalista w poradni lub szpitalu. Lekarze w gabinetach prywatnych nie posiadają prawa do wystawienia ww. karty.

Z kartą DiLO pacjent zgłasza się do lekarza specjalisty. Ambulatoryjna opieka specjalistyczna (AOS) – obejmuje: diagnostykę wstępną (potwierdzenie lub wykluczenie nowotworu), diagnostykę pogłębioną (z określeniem typu nowotworu, jego stadium oraz umiejscowienia ewentualnych przerzutów), rozpoznanie nowotworu, skierowanie do leczenia. Według założeń systemowych, od wpisania pacjenta na listę oczekujących na konsultację specjalisty do postawienia diagnozy nie może minąć więcej niż 7 tygodni.

Następnym krokiem jest wybór miejsca leczenia, przy czym ta decyzja należy do pacjenta. Pacjent otrzymuje od lekarza specjalisty skierowanie na tzw. Konsylium, w skład którego wchodzi lekarze określonych specjalizacji (m.in. onkolog, chirurg, radioterapeuta). Do Konsylium mogą także należeć psycholog, pielęgniarka oraz inny pracownik medyczny. W trakcie Konsylium ustalany jest plan leczenia oraz wyznaczany jest koordynator, którego zadaniem jest nadzorowanie procesu leczenia. Czas od dnia zgłoszenia się pacjenta do szpitala do rozpoczęcia leczenia nie powinien przekroczyć 2 tygodni.

Populacyjny Program Wczesnego Wykrywania Raka Piersi, finansowany ze środków publicznych, realizowany jest metodą mammografii. Celem programu jest zapewnienie aktywnego screeningu raka piersi dla kobiet indywidualnie zapraszanych w wieku 50-69 lat. Badania w ramach Programu realizowane są co 2 lata. Celem wprowadzenia programu było obniżenie umieralności z powodu raka piersi o 50%. By to spełnić, 70% kobiet spełniających

kryteria Programu musi wziąć w nim udział. Zaproszenia są wysyłane przez Wojewódzki Ośrodek Koordynujący.

**OBJĘCIE POPULACJI PROGRAMEM PROFILAKTYKI RAKA PIERSI**

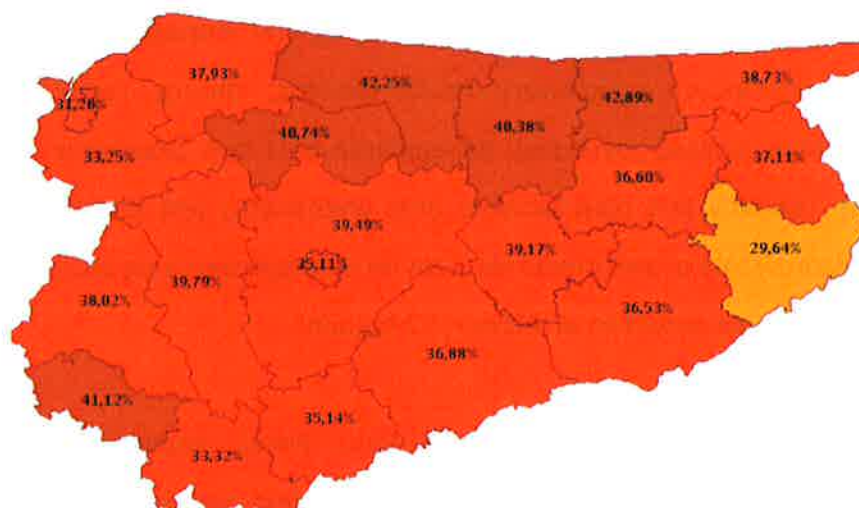
Data generacji: 2021-09-01



Rycina 13. Objęcie populacji programem profilaktyki raka piersi – stan na 01.09.2021

Źródło: Wojewódzki Ośrodek Koordynujący

**Województwo: WARMIŃSKO-MAZURSKIE**



Rycina 14. Objęcie populacji województwa warmińsko-mazurskiego programem profilaktyki raka piersi

Źródło: Wojewódzki Ośrodek Koordynujący

Problem zdrowotny opisany w projekcie programu polityki zdrowotnej wpisuje się w priorytet zdrowotny zgodny z §1 ust. 1 pkt c rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2018 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych (Dz.U. z 2018 r. poz. 469): „zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu nowotworów złośliwych”.

Program stanowi uzupełnienie „Populacyjnego Programu Wykrywania Raka Piersi”, finansowanego ze środków NFZ.

## **II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji**

### **II.1 Cel główny**

Celem głównym programu jest zwiększenie o 10% ogólnego poziomu wykonywania badań mammograficznych dla mieszkanek Gminy Ełk, w latach 2022-2026.

### **II. 2 Cele szczegółowe**

- 1) Uzyskanie nie mniejszego niż 70% poziomu wykonania badań mammograficznych, dla mieszkanek Gminy Ełk z grupy ryzyka w grupie wiekowej 40-49 lat, w latach 2022-2026.
- 2) Istotne zwiększenie poziomu wiedzy (minimum 25%) młodych dorosłych mieszkanek Gminy Ełk, w latach 2022-2026, w zakresie czynników ryzyka raka piersi, uczestniczących w części edukacyjnej programu.
- 3) Istotne zwiększenie poziomu wiedzy (minimum 25%) na temat profilaktyki nowotworów piersi wśród 75% uczestniczek programu, w okresie jego realizacji w latach 2022-2026.

### **II.3 Mierniki efektywności odpowiadające celom programu**

- 1) Iloraz ogólnej liczby kobiet, którym wykonano badanie mammograficzne w ramach programu i liczby kobiet z planowanej w programie – wynik wyrażony w procentach.
- 2) Iloraz liczby kobiet, którym wykonano badanie mammograficzne w ramach programu i liczby kobiet z planowanej w programie grupy ryzyka w grupie wiekowej 40-49 lat – wynik wyrażony w procentach.
- 3) Iloraz liczby kobiet, z populacji młodych dorosłych mieszkanek Gminy Ełk, uczestniczących w części edukacyjnej programu, u których w latach 2021-2025 wzrósł poziom wiedzy w zakresie czynników ryzyka raka piersi – wynik wyrażony w procentach - minimalny wzrost 25% prawidłowych odpowiedzi kobiet uczestniczących w programie.
- 4) Iloraz liczby kobiet, u których wzrósł poziom wiedzy na temat profilaktyki nowotworów piersi i liczby kobiet, które uczestniczyły w badaniu wiedzy – wynik wyrażony w procentach minimalny wzrost 25% prawidłowych odpowiedzi u 75% kobiet uczestniczących w programie.

### III. Charakterystyka populacji docelowej oraz interwencji planowanych w ramach programu

#### III.1 Populacja docelowa

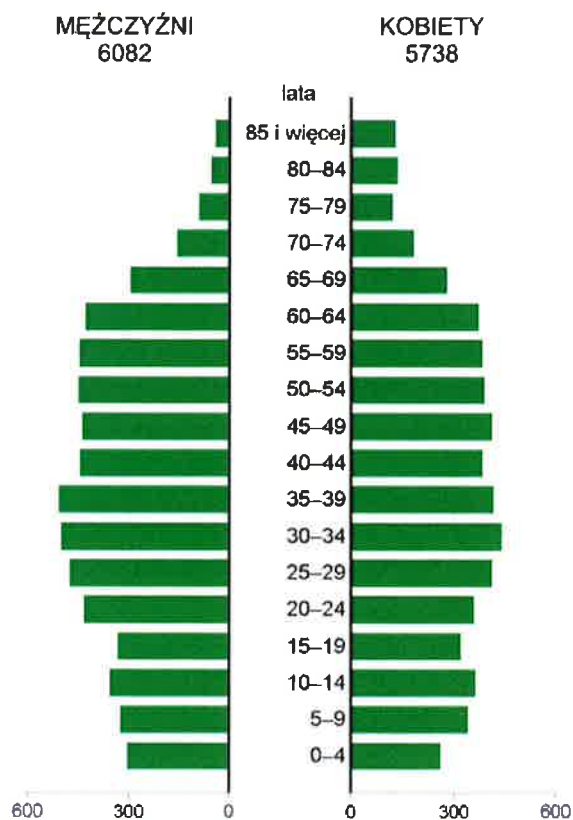
Według danych zawartych w Statystycznym Vademecum Samorządowca Ludność Gminy Ełk w 2019 roku wносиła 11 820 osób. Dane dotyczące liczby ludności na przestrzeni lat 2017-2019 zawarte są w tabeli 2. Ludność w podziale według płci i wieku znajduje się na rycinie 15.

Tabela 2. Wybrane dane statystyczne dotyczące Gminy Ełk

Wybrane dane statystyczne	2017	2018	2019
Ludność	11495	11599	11820
Ludność na 1 km <sup>2</sup>	30	31	31
Kobiety na 100 mężczyzn	94	94	94

Źródło: Statystyczne Vademecum Samorządowca, 2020

Ludność według płci i grup wieku w 2019 r.



Rycina 15. Ludność według płci i wieku w 2019 r.

Źródło: Statystyczne Vademecum Samorządowca 2020

Mając na uwadze populację kwalifikującą się do programu, dane z Banku Danych Lokalnych z roku 2019 odnośnie struktury wieku w Gminie Ełk przedstawione są w tabeli 3.

Tabela 3. Populacja kobiet, w wieku 30-69 lat w Gminie Ełk.

wiek	liczba kobiet ogółem
65-69	290
60-64	362
55-59	403
50-54	397
45-49	416
40-44	395
35-39	451
30-34	429
<b>razem</b>	<b>3143</b>

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Banku Danych Lokalnych

**Program podzielony został na dwie części – część edukacyjną i część diagnostyczną.**

**Część edukacyjna** skierowana jest do wszystkich kobiet w wieku od 30. roku życia zamieszkujących w Gminie Ełk.

Grupa kobiet, w wieku 30-40 lat, nazwana w programie populacją **młodych dorosłych kobiet**, nie jest objęta żadnymi działaniami diagnostycznymi ani w ramach tego konkretnego programu, ani innych programów wykrywania raka piersi.

Do tej części programu zostaną również zaproszone te kobiety, które z racji wieku kwalifikują się do Populacyjnego Programu Wczesnego Wykrywania Raka Piersi, aby zachęcić je do wykonania badań, w ramach finansowania z NFZ.

Zgodnie z danymi W-M OW NFZ odsetek kobiet zamieszkujących powiat ełcki, który objęty jest programem NFZ to zaledwie 29,64% całkowitej populacji i jest najniższym z całego województwa warmińsko-mazurskiego.

W trakcie trwania programu populacja docelowa tej części zatem będzie liczyć około 3143 kobiet w pierwszym roku planowanych działań. W ciągu 5 lat trwania programu będzie to około 3527 uczestniczek, wliczając obecną populację kobiet w wieku 25-29 lat.



**Część diagnostyczna** skierowana jest do kobiet w wieku 40-49 lat, należące do grupy ryzyka, które spełnią kryteria kwalifikacyjne wskazane w dalszej części programu.

W trakcie trwania programu populacja docelowa tej części zatem będzie liczyć około 811 kobiet w pierwszym roku planowanych działań. W ciągu 5 lat trwania programu będzie to około 1262 uczestniczek.

W kalkulacji założono, że 100% uczestniczek programu będzie mogło skorzystać z edukacji zdrowotnej.

W ramach części diagnostycznej posiadane środki zapewnią realizację badań lekarskich i badań mammograficznych dla około 1120 kobiet w ciągu 5 lat, co daje około 88% kobiet z populacji docelowej zakładanej dla tej części programu.

### **III.2 Kryteria kwalifikacji do programu oraz wykluczenia z programu**

#### **Kryteria włączenia do części edukacyjnej:**

- 1) Wiek 30 lat i więcej. Wiek kobiet rozpoczynających uczestnictwo w poszczególnych latach trwania programu:
  - 2022 r. – rocznik 1992 i wcześniejsze,
  - 2023 r. – rocznik 1993 i wcześniejsze;
  - 2024 r. – rocznik 1994 i wcześniejsze;
  - 2025 r. – rocznik 1995 i wcześniejsze;
  - 2026 r. – rocznik 1996 i wcześniejsze.
- 2) Podpisanie przez uczestniczkę programu druku świadomej zgody na udział w programie (przykładowy druk zgody w załączniku). Podpisany druk trafi do dokumentacji medycznej. Wypełnione dokumenty będą przechowywane w placówce Realizatora/Realizatorów z zachowaniem przepisów dotyczących dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przechowywania [13];
- 3) Zameldowanie na stałe lub czasowo w Gminie Ełk lub zamieszkanie na terenie Gminy Ełk i odprowadzanie podatku dochodowego w Urzędzie Skarbowego w Ełku ze wskazaniem Gminy Ełk jako miejsca zamieszkania (na podstawie dokumentów przedłożonych do wglądu, stosownego zaświadczenia lub oświadczenia, np. Karty Mieszkańca);

**Kryteria wyłączenia z części edukacyjnej:**

- 1) Wiek poniżej 30 lat;
- 2) Brak pisemnej zgody na udział w programie;
- 3) Brak potwierdzenia zamieszkania na terenie Gminy Ełk;

**Kryteria włączenia do części diagnostycznej dla kobiet z grup ryzyka:**

- 1) Wiek 40 lat i nie więcej niż 49 lat. Wiek kobiet rozpoczynających i kończących uczestnictwo w poszczególnych latach trwania programu:
  - 2022 r. – roczniki 1973 – 1982;
  - 2023 r. – roczniki 1974 – 1983;
  - 2024 r. – roczniki 1975 – 1984;
  - 2025 r. – roczniki 1976 – 1985
  - 2026 r. – roczniki 1977 – 1986.
- 2) Podpisanie przez uczestniczkę programu druku świadomej zgody na udział w programie (przykładowy druk zgody w załączniku). Podpisany druk trafi do dokumentacji medycznej. Wypełnione dokumenty będą przechowywane w placówce Realizatora/Realizatorów z zachowaniem przepisów dotyczących dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przechowywania [13];
- 3) Zameldowanie na stałe lub czasowo w Gminie Ełk lub zamieszkanie na terenie Gminy Ełk i odprowadzanie podatku dochodowego w Urzędzie Skarbowego w Ełku ze wskazaniem Gminy Ełk jako miejsca zamieszkania (na podstawie dokumentów przedłożonych do wglądu, stosownego zaświadczenia lub oświadczenia, np. Karty Mieszkańca);
- 4) Brak stałych lub czasowych przeciwwskazań dyskwalifikujących wykonanie badania mammograficznego; w przypadku czasowych przeciwwskazań może zostać ustalony nowy termin wizyty;

**Kryteria wyłączenia z części diagnostycznej:**

- 1) Wskazanie lekarskie do wykonania badania mammograficznego, rozumiane jako występowanie przynajmniej jednego z:
  - a) występowanie mutacji genu BRCA1 i BRCA2,
  - b) występowanie w wywiadzie rodzinnym raka piersi (matka, siostra, córka),

- c) występowanie w wywiadzie innych nowotworów, potwierdzone dokumentacją medyczną,
  - d) stosowanie długotrwanie hormonalnej terapię zastępczej i/lub antykoncepcji,
  - e) kobiety, u których miesiączka pojawiła się we wczesnym wieku i/lub menopauza rozpoczęła się w późniejszym okresie życia,
  - f) występowanie zmiany w piersi przebiegające z obecnością rozrostu atypowego, gęstość tkanki gruczołowej;
- 2) Wiek poniżej 40 lat i powyżej 49 lat;
  - 3) Brak pisemnej zgody na udział w programie;
  - 4) Brak potwierdzenia zamieszkania na terenie Gminy Etk;
  - 5) Brak spełnienia wskazań lekarskich do wykonania badania mammograficznego;
  - 6) Od ostatnio wykonanego badania mammograficznego minęło mniej niż 12 miesięcy.

O przystąpieniu do programu będzie decydowała kolejność zgłoszeń. Uczestniczki będą przyjmowane do momentu osiągnięcia limitu osób, jaki zadeklaruje Realizator/Realizatorzy w złożonej do konkursu ofercie. Program obejmie wszystkie kobiety z populacji docelowej spełniające kryteria włączenia, do wyczerpania środków finansowych przeznaczonych na realizację zaplanowanych interwencji.

### **III.3 Planowane interwencje**

W ramach programu Realizator przeprowadzi następujące działania:

#### Etap I – działania organizacyjne – szczegółowo opisane w części IV.1.

- 1. Akcja informacyjna;
- 2. Rekrutacja uczestników.

#### Etap II – działania edukacyjne i diagnostyczne - szczegółowo opisane w części IV.1.

- 3. Działania edukacyjne;
- 4. Działania kwalifikacyjne i diagnostyczne:
  - a) badanie lekarskie wraz z wstępną oceną stanu zdrowia uczestnika;
  - b) diagnostyka medyczna obrazowa u osób z grup ryzyka – na podstawie wskazania lekarskiego;
  - c) podsumowanie badań i ocena lekarska.

Etap III – działania kontrolne i sprawozdawcze - szczegółowo opisane w części IV.1.

5. Monitorowanie prac w ramach programu;
6. Ewaluacja programu i sprawozdawczość.

Działania edukacyjne:

Skierowane do osób zamieszkujących Gminę Ełk, w szczególności kobiet od 30. roku życia. Grupa kobiet, w wieku 30-40 lat, nazwana w programie populacją **młodych dorosłych kobiet**, nie jest objęta żadnymi działaniami diagnostycznymi ani w ramach tego konkretnego programu, ani innych programów wykrywania raka piersi. Szczególnie istotny jest udział tej grupy kobiet w programie, aby mogły nabyć wiedzy i umiejętności związanych z wczesnym wykrywaniem objawów raka piersi.

Wykłady na temat promocji zdrowia mogą zostać przeprowadzone np. w placówkach opieki zdrowotnej, domach kultury itp. Uczestnikom programu będą przekazywane podstawowe informacje dotyczące kryteriów rozpoznania chorób piersi i gruczołu sutkowego, ich następstw zdrowotnych, skuteczności wczesnie podjętej profilaktyki i leczenia oraz unikania bagatelizowania objawów chorobowych. Działania edukacyjne zaplanowane w ramach PPZ mogą być skierowane również do członków rodzin osób uczestniczących w programie.

Edukacja powinna odbyć się co najmniej cztery razy w roku. Najlepiej, by działania edukacyjne połączone były z akcją prozdrowotną w zakresie aktywności ruchowej angażującej szerokie grono uczestników, np. pikników, koncertów, wydarzeń rekreacyjno-sportowych, (np.: biegi masowe, rajdy rowerowe, zawody sportowe), co zwiększy liczebność uczestników.

Wybór odpowiedniej formy, czasu i miejsca realizacji tego etapu zależy od możliwości organizacyjnych, kadrowych i logistycznych Realizatora.

Badanie lekarskie:

Badania lekarskie zostaną wykonane w populacji kobiet w wieku od 40. roku życia do 49 roku życia, z grup ryzyka, włączonych na podstawie wskazań epidemiologicznych i medycznych.

Przy okazji badania lekarskiego personel biorący udział w interwencji przeprowadzi działania z zakresu instruktażu samobadania piersi oraz działania promocji zdrowia – np. przypomnienie o szczepieniach zalecanych lub wykonaniu badania cytologicznego.

Wizyta lekarska będzie rozpoczynała się wywiadem (w celu wykluczenia przeciwwskazań) i zakwalifikowaniem pacjentki do badania fizykalnego. W razie wystąpienia czasowych przeciwwskazań związanych np. z chorobą lub stosowaniem leków zostanie wyznaczony kolejny termin wizyty. Dodatkowym kryterium formalnym będzie podpisanie zgody na udział w programie (przykładowy druk zgody w załączniku). Podpisane oświadczenia zostaną dołączone do dokumentacji medycznej pacjenta.

#### Badania diagnostyczne:

W ramach diagnostyki chorób piersi i gruczołu sutkowego u kobiet zamieszkujących Gminę Ełk po konsultacji z lekarzem, u kobiet u których występuje wysokie ryzyko wystąpienia nowotworu piersi – m.in. z powodu kwestii obciążeń rodzinnych i niepokojących objawów chorobowych, (szczegółowe kryteria kwalifikacyjne wskazano w rozdziale III.2), zostaną wykonane badania fizykalne (palpacyjne piersi). W przypadku wykrycia nieprawidłowości, po szczegółowej konsultacji z lekarzem, kobiety będą miały możliwość wykonania badania obrazowego - mammograficznego.

Uczestniczkom programu zostaną przedstawione informacje na temat objawów, powikłań oraz przede wszystkim profilaktyki czynników ryzyka raka piersi. Szczególną uwagę Realizator/Realizatorzy programu zwrócą na edukację w zakresie przede wszystkim wczesnego rozpoznawania u siebie oznak mogących świadczyć o rozwijającej się chorobie nowotworowej.

#### **III.4 Sposób udzielania świadczeń w ramach programu**

Uczestnicy programu będą przyjmowani w trakcie trwania programu – w latach 2022-2026. W celu uzyskania jak najwyższej dostępności do oferowanych świadczeń zostanie zapewniona dywersyfikacja godzin przyjęć.

Program ma charakter ciągły i będzie się odbywał w cyklu rocznym. W trakcie trwania programu będą do niego włączane kolejne osoby kwalifikujące się do uczestnictwa.

Udzielanie świadczeń przez Realizatora w ramach programu nie wpłynie w żaden sposób na świadczenia zdrowotne finansowane przez NFZ.

W odniesieniu do omawianej interwencji świadczeniem alternatywnym jest obecnie w Polsce finansowany ze środków publicznych Populacyjny Program Wczesnego Wykrywania Raka

Piersi, w ramach którego realizowane są badania mammograficzne co 2 lata u kobiet w wieku między 50-69 r.ż. Na mammografię poza w/w programem mogą być kierowane kobiety, jeśli lekarz pierwszego kontaktu uzna to za konieczne (dotyczy to przede wszystkim niepokojących objawów mogących wskazywać na wystąpienie choroby nowotworowej, a także kobiet będących w grupie wysokiego ryzyka zachorowania na raka piersi). U kobiet młodszych zazwyczaj wykonuje się jednak badanie USG piersi, ze względu na charakterystyczną dla młodszego wieku budowę tkanki piersiowej.

Planowaną interwencję można zatem traktować jako uzupełnienie świadczeń dofinansowanych z budżetu państwa.

Uczestnicy programu rozpoczynający udział w programie będą poinformowani o źródłach jego finansowania, zasadach jego realizacji i warunkach uczestnictwa.

Oprócz powyższych zasad, interwencje podejmowane w ramach programu będą spełniały następujące warunki:

- a) działania edukacyjne programu mogą być skierowane również do członków rodzin osób uczestniczących w programie;
- b) świadczenia opieki zdrowotnej będą przeprowadzane w pomieszczeniach spełniających wymagania zgodne z obowiązującymi przepisami [14, 15].
- c) świadczeń w ramach programu będzie udzielała kadra posiadająca odpowiednie kwalifikacje [16];
- d) dokumentacja medyczna powstająca w związku z realizacją programu będzie prowadzona i przechowywana w siedzibie Realizatora zgodnie z obowiązującymi przepisami dotyczącymi dokumentacji medycznej oraz ochrony danych osobowych [13].

### **III.5 Sposób zakończenia udziału w programie**

Ze względu na charakter programu uczestnictwo w nim ma charakter ciągły, aż do momentu zakończenia działań edukacyjnych, zakończenia procesu diagnostyki lub zakończenia programu.

Zakończenie udziału w programie będzie wiązało się z przekazaniem uczestniczkom zaleceń dalszego postępowania. Po uzyskaniu wyników badań i braku konieczności dalszej diagnostyki lekarz zobowiązany jest do przekazania wytycznych i rekomendacji na późniejszy okres i

wskazań do samoobserwacji objawów. W przypadku wykrycia jakichkolwiek nieprawidłowości w wynikach przeprowadzonych testów diagnostycznych, kobiety będą informowane o konieczności i możliwości wykonania uzupełniających badań oraz ewentualnych dalszych działaniach realizowanych w specjalistycznych ośrodkach medycznych, które już poza programem, ale w ramach kontraktu z NFZ, będą mogły zająć się szczegółową diagnostyką i leczeniem nowotworów piersi.

Przerwanie udziału jest możliwe na każdym etapie programu. Może to nastąpić na życzenie uczestnika. Warunkiem koniecznym jest potwierdzenie na piśmie, które będzie dołączone do dokumentacji medycznej powstającej w trakcie programu.

Może nastąpić także obligatoryjne usunięcie uczestnika z programu w przypadku wystąpienia kryteriów wyłączenia. Warunkiem koniecznym jest potwierdzenie wystąpienia takich zdarzeń na piśmie, które będzie dołączone do dokumentacji medycznej powstającej w trakcie programu.

## **IV. Organizacja programu**

### **IV.1 Etapy programu i działania podejmowane w ramach etapów**

W ramach programu Realizator/Realizatorzy przeprowadzą następujące działania:

#### Etap I – działania organizacyjne

1. Akcja informacyjna;
2. Rekrutacja uczestników.

#### Etap II – działania edukacyjne i diagnostyczne

3. Działania edukacyjne;
4. Działania kwalifikacyjne i diagnostyczne:
  - a) badanie lekarskie wraz z wstępną oceną stanu zdrowia uczestnika;
  - b) diagnostyka medyczna obrazowa u osób z grup ryzyka – na podstawie wskazania lekarskiego;
  - c) podsumowanie badań i ocena lekarska.

#### Etap III – działania kontrolne i sprawozdawcze

5. Monitorowanie prac w ramach programu;
6. Ewaluacja programu i sprawozdawczość.

#### **Etap I – działania organizacyjne**

##### **Ad 1. Akcja informacyjna**

Skierowana do mieszkańców Gminy Ełk. Do rozpropagowania informacji o programie może zostać wykorzystane wsparcie takich podmiotów jak: lokalne media, jednostki organizacyjne samorządu terytorialnego, lokalne podmioty lecznicze, inne instytucje wsparcia społecznego, a także kościoły parafialne.

Mieszkańcy Gminy Ełk, w szczególności grupa docelowa, zostaną poinformowani o objawach, powikłaniach oraz przede wszystkim profilaktyce czynników ryzyka raka piersi oraz o ramach organizacyjnych akcji.

##### **Ad 2. Rekrutacja do programu**

Realizator będzie zobowiązany do przeprowadzenia rekrutacji uczestników. Podstawowe kryteria formalne to status mieszkańca Gminy Ełk (zameldowanego lub odprowadzającego podatek dochodowy ze wskazaniem jako miejsca zamieszkania Gminy Ełk), wiek 30 lat i powyżej, wyrażenie chęci wzięcia udziału w programie (podpisanie zgody) oraz brak przeciwwskazań zdrowotnych.



**Kryteria szczegółowe włączenia, w podziale na część edukacyjną i diagnostyczną, zostały opisane wcześniej w rozdziale III.2.**

Zgody na udział w programie zostaną zgromadzone w siedzibie Realizatora programu ze szczególnym uwzględnieniem aktualnych przepisów o ochronie danych osobowych.

## **Etap II – działania edukacyjne i diagnostyczne**

### **Ad 3. Działania edukacyjne**

Skierowane do osób zamieszkujących Gminę Ełk, w szczególności osób od 30. roku życia. Wykłady na temat promocji zdrowia mogą zostać przeprowadzone np. w placówkach opieki zdrowotnej, czy też instytucjach kultury itp. Uczestnikom programu będą przekazywane podstawowe informacje dotyczące kryteriów rozpoznania chorób piersi o gruczołu sutkowego, ich następstw zdrowotnych, skuteczności wczesnie podjętej profilaktyki i leczenia oraz unikania i bagatelizowania objawów chorobowych.

Tematyka wykładów winna dotyczyć m.in. czynników ryzyka, etiologii, epidemiologii, objawów, diagnostyki, metod profilaktyki pierwotnej i wtórnej nowotworu piersi, motywowania do udziału w badaniach przesiewowych w kierunku raka piersi oraz wczesne rozpoznawanie oznak mogących świadczyć o rozwijającej się chorobie nowotworowej. W trakcie wykładu poruszone zostaną również aspekty dotyczące korzyści, ale i zagrożeń związanych z realizacją badania palpacyjnego piersi. W ramach działań profilaktycznych powinny być także realizowane działania edukacyjne skupione na uświadamianiu ryzyka zdrowotnego związanego z rakiem piersi. Należy uwzględnić również informacje odnoszące się do korzyści zdrowotnych i potencjalnego ryzyka wynikającego z realizacji badań przesiewowych z wykorzystaniem mammografii.

Ponadto, należy zasugerować przeprowadzenie badań genetycznych kobietom z obciążającym wywiadem rodzinnym, w celu wykluczenia dziedzicznego ryzyka wystąpienia raka piersi.

Wykonywanie samobadania piersi zależy od przekonań zdrowotnych kobiet, w związku z czym w planowanych edukacjach zdrowotnych należy wziąć pod uwagę przede wszystkim motywację kobiet do wykonywania tego badania. Kobiety zamężne oraz kobiety, u których w rodzinie występował rak piersi częściej przeprowadzały u siebie samobadanie piersi w porównaniu z kobietami stanu wolnego, u których w rodzinie nie występował rak piersi. Rekomendacje, które odnoszą się pozytywnie do tego zagadnienia (European Society of Breast

Cancer Specialists–EUSOMA 2012, American College of Obstetricians-Gynecologists–ACOG 2011, National Comprehensive Cancer Network–NCCN 2011) wskazują, że decyzja o samobadaniu piersi powinna należeć do kobiet.

Zwraca się natomiast uwagę na konieczność edukacji zdrowotnej kobiet w zakresie wczesnego rozpoznawania u siebie oznak mogących świadczyć o rozwijającej się chorobie nowotworowej.

Celem wskazanych powyżej działań będzie zarówno przekazanie wiedzy na temat czynników ryzyka, metod wczesnego rozpoznania, skuteczności leczenia raka piersi. Istotnym będzie tu także wyszukanie osób o podwyższonym ryzyku rozwoju raka piersi w wieku 40-49 lat (m.in. ze względu na czynniki genetyczne). Tej szczególnej grupie należy udzielić informacji o możliwych działaniach profilaktycznych, diagnostycznych i wspierających realizowanych na terenie Gminy Ełk i terenie powiatu ełckiego lub województwa warmińsko-mazurskiego. W razie konieczności poinstruowanie kobiet o możliwości diagnostyki/opieki w ramach NFZ w poradniach specjalistycznych realizujących świadczenia na pobliskim terenie wraz ze wskazaniem konkretnych danych teleadresowych placówek; szczegółowe informowanie o uprawnieniach i możliwościach przysługujących kobietom w poszczególnych rodzajach placówek; informowanie o możliwościach diagnostyki i leczenia w ramach karty DiLO.

W ramach działań edukacyjnych ważne, aby kobietom w wieku 50-69 lat, które nie uczestniczą w badaniach skriningowych w ramach PPWWRP, przekazać informację o programie i zachęcić do uczestnictwa w badaniach.

Poziom wiedzy uczestników będzie sprawdzany na podstawie testu wiedzy (pre-test i post-test). Test może być udostępniony w formie papierowej lub za pomocą e-platformy testowej umożliwiającej tę formę sprawdzania wiedzy. Przygotowanie i przeprowadzenia testu leży po stronie Realizatora programu. Za ten element edukacji będą odpowiedzialne osoby wskazane przez Realizatora, o kwalifikacjach wymienionych w części 4. programu, w punkcie „Wymagania kadrowe”.

Zakłada się, że zajęcia odbędą się dla wszystkich osób chętnych z grupy docelowej, spełniającej kryteria włączenia i nie zostaną ograniczone minimalną ani maksymalną liczbą uczestników. Dobór i zapewnienie odpowiedniej wielkości sali zależą od możliwości organizacyjnych

Realizatora. Podczas działań edukacyjnych Realizator może wykorzystać własne materiały poglądowe, opracowane na podstawie wiarygodnych i rzetelnych źródeł naukowych. Dodatkowo może posiłkować się np. ulotkami lub broszurami stworzonymi przez towarzystwa naukowe, fundacje i tym podobne podmioty.

W celu właściwego zrealizowania celów zakładanych podczas działań edukacyjnych niezwykle ważny jest dobór właściwych technik oraz dostosowanie przekazu do potrzeb i możliwości grupy odbiorców.

Działania edukacyjne:

- Realizator/Realizatorzy programu prowadzą dokumentację zajęć edukacyjnych, m.in. rejestr uczestników;
- plan zajęć edukacyjnych uczestników programu zawiera m.in. informacje dotyczące czynników ryzyka, metod wczesnego rozpoznania, skuteczności leczenia raka piersi;
- informacja o celach i zakresie realizowanego programu oraz o zakresie i dostępności do tego rodzaju świadczeń gwarantowanych, finansowanych przez NFZ.

#### **Ad. 4 Działania kwalifikacyjne i diagnostyczne**

Składają się na nie:

- a) badanie lekarskie wraz z wstępną oceną stanu zdrowia uczestnika;
- b) diagnostyka medyczna obrazowa u osób z grup ryzyka – na podstawie wskazania lekarskiego;
- c) podsumowanie badań i ocena lekarska.

##### 4a. Badanie lekarskie wraz z wstępną oceną stanu zdrowia uczestnika:

Badania lekarskie zostaną wykonane w populacji kobiet w wieku od 40. do 49. roku życia, z grup ryzyka, włączonych na podstawie wskazań epidemiologicznych i medycznych. Przy okazji badania lekarskiego personel biorący udział w interwencji przeprowadzi działania z zakresu instruktażu samobadania piersi oraz działania promocji zdrowia.

Wizyta lekarska będzie rozpoczynała się wywiadem (w celu wykluczenia przeciwwskazań) i zakwalifikowaniem pacjentki do badania fizykalnego - konsultacja z lekarzem będzie

uwzględniała temat czynników ryzyka wystąpienia nowotworu piersi – m.in. kwestie obciążeń rodzinnych i niepokojących objawów chorobowych. Ma to na celu zidentyfikowanie osób o podwyższonym ryzyku rozwoju raka piersi w grupie kobiet w wieku 40-49 lat. Udzielone zostaną im informacje o działaniach profilaktycznych, diagnostycznych i wspierających.

Podczas wizyty u kobiet, u których stwierdzono występowanie czynników ryzyka silnie predysponujących do wystąpienia nowotworu tj. rak piersi wśród członków rodziny (matka, siostra, córka), obciążenia genetyczne (głównie mutacje genu BRCA1 i BRCA2), inne nowotwory w przeszłości, łagodne zmiany w piersi przebiegające z obecnością rozrostu atypowego, gęstość tkanki gruczołowej, zostaną wykonane badania fizykalne (palpacyjne piersi).

W przypadku wykrycia nieprawidłowości, po szczegółowej konsultacji z lekarzem, podczas której winien on dokonać indywidualnego omówienia z kobietą zarówno korzyści jak i szkód, które mogą być wynikiem wykonania przesiewowego badania obrazowego. W ramach szkód należy szczególną uwagę poświęcić podwyższonemu ryzyku uzyskania wyniku fałszywie-pozytywnego i wynikających z tego następstw, takich jak niepotrzebne wykonanie inwazyjnych procedur diagnostycznych.

Decyzja w tym zakresie powinna być podejmowana przez kobietę indywidualnie. Jest to szczególnie istotne w przypadku kobiet między 40 a 49 r.ż., u których potencjalne szkody mogą przewyższać korzyści wynikające z prowadzenia badań mammograficznych.

Jeżeli kobieta podejmie decyzję pozytywną, będzie miała możliwość wykonania badania obrazowego - mammograficznego.

#### 4b. Diagnostyka medyczna obrazowa u osób z grup ryzyka – na podstawie wskazania lekarskiego

Badania mammograficzne zostaną wykonane w populacji kobiet w wieku od 40. do 49. roku życia, z grup ryzyka, wskazanych na podstawie badania lekarskiego i włączonych na podstawie wskazań epidemiologicznych i medycznych.

Lekarz u osób, u których stwierdzi występowanie czynników ryzyka silnie predysponujących do wystąpienia nowotworu, po wcześniejszej szczegółowej konsultacji – opisaney powyżej - wykona badanie mammograficzne.

Większość odnalezionych zaleceń odnosi się pozytywnie do prowadzenia mammograficznych badań przesiewowych u kobiet, ale pod warunkiem, że prowadzone są w grupie kobiet w wieku 50-74 lata (w raz na 1-3 lata) i że programy, w ramach których są one realizowane spełniają odpowiednie kryteria jakości.

Prescrire International 2015 stwierdza, że o udziale w ww. badaniach powinny decydować wyłącznie kobiety, po podjęciu wraz z lekarzem świadomego wyboru (uwzględniając bilans korzyści i szkód). SEOM 2014 wskazuje, że kobiety w wieku 40-49 lat mogą mieć wykonywaną mammografię co 2 lata ze wskazań indywidualnych. CDC1516 wskazuje, że kobiety mające 40 - 49 lat powinny skonsultować się z lekarzem lub pracownikiem ochrony zdrowia w celu oszacowania potrzeby wykonania badania mammograficznego. Kobiety powinny być powiadomione o korzyściach i zagrożeniach wiążących się z tym badaniem. ACOG 2011, NCCN 2011, ACR 2011 rekomendują coroczne badanie mammograficzne piersi u kobiet powyżej 40 r.ż. NCI 2010 zaleca, aby w tej grupie kobiet badanie MG było wykonywane corocznie lub co 2 lata. USPSTF 2016 i AAFP 2016 wskazują, że wykonywanie badań mammograficznych u kobiet w wieku 40-49 lat powinno być decyzją indywidualną, poprzedzoną edukacją odnośnie korzyści i wad samego badania. ACS 2015 wskazuje, że kobiety w wieku 45-49 lat powinny mieć wykonany raz w roku badanie mammograficzne.

#### Ad. 4c. Podsumowanie badań przesiewowych i ocena lekarska

Po uzyskaniu wyników badania i braku konieczności dalszej diagnostyki lekarz zobowiązany jest do przekazania wytycznych i rekomendacji na późniejszy okres i wskazania do samoobserwacji objawów. Po wykonaniu oceny stanu zdrowia ukierunkowanej na wczesne wykrycie chorób piersi i gruczołu sutkowego uczestnik programu zostanie poinformowany przez lekarza o wynikach wykonanych badań oraz otrzyma rekomendacje dalszego postępowania poza programem.

Każda kobieta winna otrzymać informacje odnośnie swojego stanu zdrowia w formie pisemnej (np. dokument elektroniczny, e-mail, wydruk). W treści dokumentu należy wyraźnie zaznaczyć, że otrzymana informacja nie stanowi rozpoznania choroby czy diagnozy.

Dodatkowo każdy świadczeniobiorca otrzymuje informację od realizatora programu dla lekarza POZ. Świadczeniobiorca może się z nią zgłosić w celu przeprowadzenia poza PPZ dalszej diagnostyki do wybranego świadczeniodawcy udzielającego świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej.

Rekomendacje kliniczne wskazują również, że realizowane programy powinny zapewniać osobom z nieprawidłowymi wynikami badań przesiewowych odpowiednie poradnictwo oraz – w razie potrzeby - dalszą opiekę (follow-up care), konieczne w przypadku dodatniego wyniku badań przesiewowych. Dlatego też w przypadku wykrycia jakichkolwiek nieprawidłowości w wynikach przeprowadzonych testów diagnostycznych, kobiety będą informowane o konieczności i możliwości wykonania uzupełniających badań oraz ewentualnych dalszych działaniach realizowanych w specjalistycznych ośrodkach zajmujących się leczeniem nowotworów, które już poza programem, ale w ramach kontraktu z NFZ, będą mogły zająć się szczegółową diagnostyką i leczeniem.

Dodatkowo, przy okazji wizyty personel biorący udział w interwencji przeprowadzi indywidualne działania profilaktyczne i edukacyjne. Będzie to uzupełnieniem syntetycznej wiedzy przekazanej w ramach działań edukacyjnych.

Działania w ramach programu prowadzone będą na terenie Gminy Ełk w miejscu/ach wskazanym przez Realizatora/Realizatorów.

Realizator powinien dysponować kadrą, pomieszczeniami i wyposażeniem niezbędnymi do prowadzenia interwencji zaplanowanych w ramach programu. Jest też zobowiązany do posiadania zasobów niezbędnych do realizacji powierzonego zadania zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa [13,14,15].

### **Etap III – działania kontrolne i sprawozdawcze**

#### **Ad 5. Monitorowanie działań w ramach programu**

Ważnym elementem w ramach programu będzie monitoring działań obejmujący weryfikację zgłaszalności uczestników i oszacowanie jakości świadczeń realizowanych w programie. Uczestnik programu, po wykonaniu badań zostanie poproszony o wypełnienie krótkiej ankiety ewaluacyjnej, która posłuży opracowaniu przez Realizatora raportu rocznego dla Instytucji Zarządzającej programem.

#### **Ad. 6. Ewaluacja programu i sprawozdawczość**

W ramach ewaluacji dokonana będzie ocena efektywności programu oraz trwałości jego rezultatów. Do oceny efektywności mogą zostać wykorzystane mierniki epidemiologiczne rutynowo stosowane w analogicznych interwencjach. Są to m.in. wskaźniki zapadalności i chorobowości dotyczące problemu zdrowotnego objętego programem. Te ostatnie działania będą miały charakter długofalowy.

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

Zaplanowane interwencje będą prowadzone przez Realizatora lub Realizatorów, wybranych w drodze konkursu zgodnie z art. 48b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Działania w ramach programu prowadzone będą na terenie Gminy Ełk w miejscu/miejscach wskazanych przez Realizatora/Realizatorów. Informacje o placówkach i terminach, w których będą realizowane działania w ramach programu zostaną rozpowszechniane za pomocą dostępnych kanałów i środków przekazu.

Na podstawie danych liczbowych i organizacyjnych (m.in. lista osób zgłoszonych do programu, dane dotyczące frekwencji z lat ubiegłych) zostaną zabezpieczone wymagane pomocnicze wyroby medyczne (sprzęt i materiały jednorazowego użytku).

Realizator/Realizatorzy powinni dysponować kadrą, pomieszczeniami i wyposażeniem niezbędnymi do prowadzenia interwencji zaplanowanych w ramach programu; są też zobowiązani do posiadania zasobów niezbędnych do realizacji powierzonego zadania zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.

Od Realizatora/Realizatorów będzie wymagane posiadanie polisy OC i NNW na czas i zakres realizacji zadań w ramach programu zdrowotnego, gwarantujące zabezpieczenie roszczeń wynikających ze zdarzeń medycznych.

Zaplanowane interwencje będą prowadzone na terenie Gminy Ełk przez Realizatora/Realizatorów lub wybranych partnerów. Wszystkie procedury diagnostyczne i terapeutyczne będą przeprowadzane zgodnie z aktualną wiedzą medyczną oraz z zachowaniem warunków sanitarnych wynikających z przepisów prawa. Pomieszczenia

przeznaczone do prowadzenia interwencji (warunki stacjonarne) będą zlokalizowane tak, by zapewnić dostęp osób niepełnosprawnych, w tym poruszających się na wózkach inwalidzkich. Realizator zapewni pomieszczenie higieniczno-sanitarne, w tym co najmniej jedno przystosowane dla osób niepełnosprawnych, oraz kadrę i sprzęt niezbędny do wykonywania zaplanowanych interwencji [14,15].

W programie zastosowane zostaną preparaty medyczne i sprzęt diagnostyczny zarejestrowane i dopuszczone do obrotu na terenie Polski, rekomendowane w wytycznych ogólnopolskich oraz zatwierdzone przez właściwe gremia naukowe [16, 17, 18].

Dokumentacja medyczna powstająca w związku z realizowaniem programu będzie prowadzona i przechowywana zgodnie z obowiązującymi przepisami dotyczącymi dokumentacji medycznej oraz ochrony danych osobowych.

Podmioty realizujące program będą dysponowały kadrą odpowiednią do udzielanych świadczeń.

Działania edukacyjne dotyczące tematyki programu realizowane będą przez osoby uprawnione do udzielania świadczeń lub legitymujące się nabyciem fachowych kwalifikacji do prowadzenia działań w określonym zakresie.[18] Wymagane jest, aby osoby prowadzące działania edukacyjne, miały przygotowanie merytoryczne (np. lekarze medycyny, pielęgniarki, specjaliści zdrowia publicznego). Tematyka działań winna być dostosowana do potrzeb i rodzaju grupy odbiorców. Szczególnie istotna jest kwestia dopasowania przekazu do wieku i stanu psychicznego odbiorców.

Realizator jest także zobowiązany do posiadania zasobów technicznych niezbędnych do realizacji działań edukacyjnych – sprzętu pomocniczego, zgodnie z potrzebami realizacji zadania. [17,18]



## **V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu**

Monitoring i ewaluacja programu w praktyce będą polegały na analizie trzech podstawowych zagadnień:

- 1) zgłaszalność uczestników do programu, stanowiąca podstawowe kryterium stałej jego oceny;
- 2) fachowe oszacowanie jakości realizowanych świadczeń;
- 3) analiza efektywności i trwałości realizacji programu oparta na miernikach epidemiologicznych rutynowo stosowanych w analogicznych interwencjach; te ostatnie działania mają charakter długofalowy.

### **Kontynuacja/trwałość programu**

Program jest zaplanowany na lata 2022–2026, z możliwością kontynuacji w zależności od decyzji Rady Gminy Ełk i posiadanych zasobów finansowych.

#### **V.1 Monitorowanie**

Ocena zgłaszalności do programu to kluczowy element bieżącego monitorowania przebiegu programu. Informacje dotyczące liczby uczestników zostaną odniesione do wartości liczbowych wynikających z harmonogramu akcji i zakładanej populacji docelowej. Bieżąca ocena realizacji programu będzie polegała na analizie raportów oraz okresowych i rocznych sprawozdań z realizacji programu.

Monitoringowi poddana zostanie liczba zgód na udział w programie. Jej zmiana w trakcie poszczególnych lat trwania projektu, porównana z liczebnością populacji docelowej, stanie się użytecznym wskaźnikiem skuteczności działań informacyjnych i promocyjnych.

Wskaźniki mające zastosowanie w monitorowaniu programu polityki zdrowotnej zostaną wybrane przez Realizatora/Realizatorów oraz Instytucję Zarządzającą i zostaną ustalone w ramach szczegółowej umowy na realizację programu. Mogą być to m.in.:

- liczba osób, które zgłosiły się na badania przesiewowe w ramach programu,
- liczba uczestników programu w poszczególnych etapach jego realizacji,
- liczba osób niezakwalifikowanych do udziału w programie z powodu przeciwwskazań lekarskich,
- liczba osób, które zrezygnowały z udziału w programie w trakcie jego realizacji,

- liczba osób poddanych działaniom edukacyjnym w zakresie nowotworów piersi,
- liczba uczestników programu, do których skierowane były wyłącznie działania z zakresu edukacji,
- liczba osób skierowanych do poradni specjalistycznych celem dalszej diagnostyki lub leczenia,
- liczba osób, u których zostało wykonane badanie obrazowe,
- liczba kobiet, które wykonują samobadanie piersi,
- liczba kobiet, które wykonały badania profilaktyczne,
- liczba pacjentek zgłaszających się na badania mammograficzne na początku i na końcu programu,
- odsetek pacjentów z wykonanym badaniem mammograficznym.

Ocena jakości udzielonych świadczeń może zostać dokonana przez zewnętrznego eksperta w dziedzinie ginekologii lub onkologii – np. konsultanta wojewódzkiego. Ocenie podlegać może całość programu polityki zdrowotnej ze szczególnym uwzględnieniem przyjętej metodologii oraz zastosowanych rozwiązań w odniesieniu do możliwości realizacji założonych celów. Utrzymanie wysokiej jakości świadczeń będzie na bieżąco nadzorowane przez Realizatora, natomiast jakość świadczeń będzie sprawdzana za pomocą ankiety. Kwestionariusz zostanie udostępniony uczestnikom akcji, którzy będą mogli go anonimowo wypełnić. Następnie kwestionariusze zostaną zebrane i przeanalizowane pod kątem zgłaszanych uwag i poziomu zadowolenia. Wyciągnięte wnioski posłużą do podniesienia jakości programu i zwiększenia poziomu zadowolenia uczestników.

## **V.2 Ewaluacja**

Ewaluacja to systematyczne badanie społeczno-ekonomiczne oceniające jakość i wartość programów publicznych. Jej celem jest poprawa poziomu projektowania i wdrażania programów oraz analiza ich skuteczności, efektywności i wpływu na populację. Jest ona zatem procesem doskonalenia programu (jego systemu zarządzania i wdrażania, sposobu wydatkowania środków), jak również krytyczną oceną wartości i jakości pomocy udzielanej uczestnikom.

Badania ewaluacyjne interwencji publicznych identyfikują czynniki, które przyczyniły się do sukcesu lub niepowodzenia danej interwencji, formułują konkluzje, które mogą być

przenoszone na inne analogiczne interwencje, identyfikują najlepsze praktyki, formułują wnioski dotyczące polityki w zakresie osiągnięcia większej spójności gospodarczej, społecznej i terytorialnej.

Do oceny efektywności programu jest zobowiązana Instytucja Zarządzająca programem na podstawie informacji, danych, raportów i sprawozdań przygotowanych przez Realizatora.

W ramach ewaluacji dokonana będzie ocena efektywności programu oraz trwałości jego rezultatów. Do oceny efektywności mogą zostać wykorzystane mierniki epidemiologiczne rutynowo stosowane w analogicznych interwencjach. Są to m.in. wskaźniki zapadalności i chorobowości dotyczące problemu zdrowotnego objętego programem. Te ostatnie działania mają charakter długofalowy.

Zaplanowane wskaźniki zostaną zweryfikowane pod kątem ich realizacji i mogą być wybrane z poniższej puli:

- Liczba uczestników PPZ z wykrytymi zmianami chorobowymi, którzy zostali skierowani do dalszego postępowania medycznego,
- Liczba wyników z minimum 25% wzrostem poprawnych odpowiedzi dla post-testów w porównaniu z pre-testami sprawdzającymi wiedzę uczestniczek z zakresu raka piersi,
- Liczba i odsetek uczestniczących w programie kobiet, u których wykryto nieprawidłowości w budowie piersi w stosunku do całej populacji objętej programem,
- Liczba i odsetek osób uczestniczących w programie, u których nie wykryto nieprawidłowości w budowie piersi w stosunku do całej populacji objętej programem.

Należy jednak zaznaczyć, że w przypadku przedmiotowego programu rzeczywisty wymiar jego efektów znany będzie dopiero po długim czasie od zastosowania interwencji.

Powyższe analizowane będzie przez odpowiednie narzędzia - kwestionariusze lub ankiety dedykowane do ww. pomiarów.

## VI. Budżet programu

Na realizację „Programu polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki chorób piersi i gruczołu sutkowego na lata 2022-2026” Gmina przeznaczyła kwotę 75.000 zł rocznie, co daje 375.000 zł na cały okres trwania programu.

Przy opracowywaniu kosztorysu posłużono się następującą metodą – z danych dotyczących liczebności populacji wybrano populację docelową w ramach zadanego programu zdrowotnego.

Koszty jednostkowe przewidziane na realizację programu pomnożono przez szacowaną na podstawie wskaźników epidemiologicznych liczbę osób, które z niego skorzystają, uwzględniając też w kalkulacji koszty przygotowawcze, koszty kampanii informacyjnej oraz realizacji działań edukacyjnych i badań diagnostycznych.

Poniższe wyliczenia są jedynie symulacją, a ostateczne wielkości kosztów będą podane w ofercie Realizatora/Realizatorów wyłonionych w ramach konkursu. Poszczególne oferty mogą różnić się pod względem kosztów ich przeprowadzenia. W przypadku zwiększenia lub zmniejszenia zakładanych wydatków dostępne środki będą wpływały na zmniejszenie lub zwiększenie populacji, która może zostać objęta programem.

Program zakłada pięcioletni okres realizacji. Jeżeli w trakcie trwania programu Instytucja Zarządzająca zmieni poziom finansowania lub też zmieniają się koszty składowych w interwencji, automatycznie wpłynie to na liczbę osób w nim uczestniczących.

### VI.1 Koszty jednostkowe

Koszt jednostkowy obejmuje m.in. koszt badania lekarskiego, koszty sprzętu i materiałów jednorazowego użytku, utylizacji zużytego sprzętu medycznego i materiałów, działań promocyjno-edukacyjnych oraz inne koszty ogólne (administracyjno-biurowe, pocztowe itp. związane z realizacją programu).

Przyjęto maksymalne stawki za realizację poszczególnych procedur w ramach programu, na podstawie danych opublikowanych na stronach internetowych Tourmedica.pl Sp. z o.o.<sup>1</sup>

Przybliżony koszt jednostkowy interwencji w ramach programu przedstawia tabela 4.

---

<sup>1</sup> <https://www.tourmedica.pl/ceny/badanie-mammograficzne-piersi/>

Tabela 4. Koszt jednostkowy badań przesiewowych

<b>Rodzaj świadczenia</b>	<b>Koszt jednostkowy</b>
Konsultacja lekarska	100 zł
Badanie mammograficzne piersi	150 zł
<b>Koszt całkowity części diagnostycznej</b>	<b>250 zł</b>

Koszt jednostkowy części diagnostycznej programu określono na 250 zł. Daje to możliwość wykonania badań u 88% zakładanej całkowitej (5 lata) populacji docelowej tej części programu.

## **VI.2 Koszty całkowite**

Na całkowity roczny budżet programu mogą składać się niżej wymienione pozycje kosztowe.

### **1. Koszty organizacyjne**

Koszty roczne organizacyjne zakłada się na poziomie około 3.000 zł.

Przykładowe organizacyjne koszty roczne po stronie Realizatora:

- organizacja kampanii informacyjnej,
- koszty administracyjno-biurowe, wydruki ankiet, usługi kurierskie, transport materiałów,
- zaprojektowanie i przygotowanie ulotek w ramach kampanii informacyjnej oraz plakatów informacyjnych, koszty marketingu,
- zaprojektowanie i utrzymanie zakładki na stronie internetowej dedykowanej programowi (przygotowanie grafiki, treści, informacji w serwisie),
- przygotowanie wniosków aplikacyjnych i opracowanie sposobu rekrutacji uczestników.

### **2. Koszty interwencji**

Koszty roczne realizacji interwencji po stronie Realizatora to:

- działania edukacyjne,
- wykonanie badania kwalifikacyjnego lekarskiego;
- wykonanie badania mammograficznego u zakwalifikowanych pacjentów.

Koszt całkowity realizacji programu będzie zależny od liczebności populacji uczestniczącej w programie.

Przyjęto optymalną liczbę wykonywanych świadczeń i maksymalne stawki za realizację poszczególnych interwencji w ramach programu, które mogą być jednym z kryteriów wyboru Realizatora. Maksymalne stawki wyceny świadczeń przedstawione przez Realizatora muszą mieścić się w średnich kosztach rynkowych danej procedury.

Koszty roczne realizacji interwencji po stronie Realizatora zakłada się na poziomie około 62.000 zł.

Na powyższą kwotę składają się koszty:

- działań edukacyjnych – maksymalna kwota przeznaczona na wynagrodzenia prelegentów, a także przygotowanie materiałów dla uczestników spotkań nie powinna przekroczyć 6.000 zł (4 razy w roku po 1.500 zł),
- badań diagnostycznych – 56.000 zł, co daje 224 uczestniczek rocznie.

### 3. Koszty ogólne programu

- rezerwa budżetowa; zakłada się ją na poziomie do 5.000 zł;

Rezerwę będzie można wykorzystać na zwiększenie liczebności populacji objętej programem, rozszerzenie działań edukacyjnych, intensyfikację kampanii informacyjnej lub inne działania zwiększające skuteczność zaplanowanej interwencji.

- koszty monitoringu i ewaluacji – szacuje się je na około 2.500 zł rocznie, co daje 7.500 zł w całym okresie trwania programu;
- koszty zarządzania programem – koszty przygotowania raportów, wydruki sprawozdań nie powinny przekroczyć 2.500 zł rocznie.

Tabela 5. Planowany roczny budżet całkowity

RODZAJ KOSZTÓW	KWOTA
<b>1. Koszty organizacyjne</b>	<b>3 000,00 zł</b>
<b>2. Koszty interwencji</b>	<b>62 000,00 zł</b>
	w tym:
działania edukacyjne	6 000,00 zł

konsultacje lekarskie i badania	56 000,00 zł
<b>3. Koszty ogólne programu</b>	<b>10 000,00 zł</b>
w tym:	
rezerwa budżetowa	5 000,00 zł
koszty monitoringu i ewaluacji	2 500,00 zł
koszty zarządzania programem	2 500,00 zł
<b>RAZEM</b>	<b>75 000,00 zł</b>

Zaplanowane przez Realizatora szczegółowe wydatki zostaną zweryfikowane podczas oceny oferty przez Instytucję Zarządzającą programem. Realizator na etapie oferty na realizację programu przygotowuje szczegółowy budżet.

Całkowite koszty realizacji programu planuje się zamknąć kwotą 75 000 zł w roku 2022 i docelowo kwota ta będzie odnawiana corocznie przez cały okres trwania programu, co daje kwotę 375 000 zł przez cały 5- letni okres trwania programu.

### **VI.3 Źródła finansowania**

Niniejszy program polityki zdrowotnej dla mieszkańców Gminy Ełk sfinansowany zostanie w całości ze środków budżetu Gminy Ełk w ramach funduszu przeznaczonego na realizację programów polityki zdrowotnej (Dz. 851, rozdz. 85149). Gmina zabezpieczy uchwałą Rady Gminy kwotę w wysokości potrzebnej do realizacji programu.

## VII. Bibliografia

1. Brożek I. i Limon J. Poradnictwo genetyczne w dziedzicznym raku piersi. [aut. książki] Jassem J. i Krzakowski M. Rak piersi. Praktyczny przewodnik dla lekarzy. Gdańsk: Via Medica, 2009.
2. Matkowski R. Zasady chirurgii nowotworów piersi. [aut. książki] Kornafel J. Wprowadzenie do specjalizacji z ginekologii onkologicznej. Podstawy radioterapii nowotworów. Warszawa: Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, 2011.
3. Jassem J. i inni. Rak piersi. [aut. książki] Jassem J. i Krzakowski M. Zalecenia postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w nowotworach złośliwych – 2013 r. Gdańsk: Via Medica, 2013.
4. Łacko A. Leczenie w stadium uogólnienia i nawrotów. [aut. książki] Jassem J. i Krzakowski M. Rak piersi. Praktyczny przewodnik dla lekarzy. Gdańsk: Via Medica, 2009.
5. Didkowska Joanna, Wojciechowska Urszula. *Zachorowania i zgony na nowotwory złośliwe w Polsce*. Krajowy Rejestr Nowotworów, Centrum Onkologii - Instytut im. Marii Skłodowskiej – Curie
6. Wojciechowska U., Didkowska J., Michalek I., Olasek P., Ciuba A., Nowotwory złośliwe w Polsce w 2018 roku
7. Bank Danych Lokalnych <https://bdl.stat.gov.pl/BDL/start> dostęp: 30.08.2021
8. Statystyczne Vademecum Samorządowca 2020
9. Smaga A., Mikułowska M., Komorowska A., Falkiewicz B., Gryglewicz J., Rak piersi w Polsce – leczenie to inwestycja, Warszawa, październik 2014
10. Mapy Potrzeb Zdrowotnych, województwo warmińsko-mazurskie, 2018 onkologia
11. Wojewódzki Ośrodek Koordynujący nfz-olsztyn.pl
12. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. z 2015, poz. 2069) <http://prawo.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20102521697>, dostęp z 30.08.2021.
13. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2018, poz. 2190 t.j. ze zm.) <http://prawo.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20111120654> dostęp: 30.08.2021.



14. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz.U. z 2019 poz. 595)
15. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 lipca 2011 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami (Dz. U. z 2011 r. Nr 151, poz. 896). <http://prawo.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20111510896> dostęp: 30.08.2021.  
<http://prawo.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20111510896>, dostęp 26.08.2021.
16. Ustawa z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (Dz.U. z 2019, poz. 175 t.j. ze zm.)  
<http://prawo.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20101070679> dostęp: 30.08.2021.
17. Ustawa z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne (Dz.U. z 2019, poz. 499 t.j. ze zm.), <http://prawo.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20011261381>, dostęp 30.08.2021.
18. Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 25 stycznia 2016 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz.U. z 2016, poz. 357)  
<http://prawo.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20160000357> dostęp: 18.08.2021.
19. <https://www.tourmedica.pl/ceny/>

## VIII. Załączniki – wzory dokumentów do wykorzystania przez Realizatora

### ZAŁĄCZNIK 1. Ankieta satysfakcji uczestnika programu

#### WZÓR

#### ANKIETA SATYSFAKЦИИ UCZESTNIKA PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ

.....  
(nazwa programu)

#### 1. Jak ocenia Pan/Pani poziom obsługi w rejestracji w trakcie wizyty w przychodni?

	<i>Bardzo dobrze</i>	<i>Dobrze</i>	<i>Średnio</i>	<i>Źle</i>	<i>Bardzo źle</i>	<i>Nie mam zdania</i>
<i>Możliwość telefonicznego połączenia z przychodnią</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Sprawność obsługi</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Kompetentna informacja</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### 2. Jak ocenia Pan/Pani poziom lekarskiej opieki medycznej w trakcie wizyty w przychodni?

	<i>Bardzo dobrze</i>	<i>Dobrze</i>	<i>Średnio</i>	<i>Źle</i>	<i>Bardzo źle</i>	<i>Nie mam zdania</i>
<i>Stosunek do pacjenta (życzliwość, zaangażowanie, troska o pacjenta)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Komunikatywność (wyczerpujące i zrozumiałe przekazywanie informacji)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Zapewnianie intymności pacjenta podczas wizyty</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Punktualność</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**3. Jak ocenia Pan/Pani poziom pielęgniarskiej opieki medycznej w trakcie wizyty w przychodni?**

	<i>Bardzo dobrze</i>	<i>Dobrze</i>	<i>Średnio</i>	<i>Źle</i>	<i>Bardzo źle</i>	<i>Nie mam zdania</i>
<i>Stosunek do pacjenta (życzliwość, zaangażowanie, troska o pacjenta)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Komunikatywność (wyczerpujące i zrozumiałe przekazywanie informacji)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Sprawność obsługi</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Czas oczekiwania na zabieg przed gabinetem</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**4. Jak ocenia Pan/Pani ogólnie dzisiejszą wizytę w przychodni?**

<i>Bardzo dobrze</i>	<i>Dobrze</i>	<i>Średnio</i>	<i>Źle</i>	<i>Bardzo źle</i>	<i>Nie mam zdania</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**5. Inne uwagi**

.....

.....

.....

.....

.....

*Bardzo dziękujemy Państwu za wypełnienie ankiety.  
Uzyskane dzięki Państwu informacje pomogą nam w zapewnieniu wysokiej jakości świadczonych usług.*

## **ZAŁĄCZNIK 2. Zgoda na udział w programie**

### **WZÓR**

#### **ZGODA NA UDZIAŁ W PROGRAMIE POLITYKI ZDROWOTNEJ**

.....  
(nazwa programu)

Ja niżej odpisany(a).....oświadczam, że uzyskałem(am) informacje dotyczące ww. Programu oraz otrzymałem(am) wyczerpujące, satysfakcjonujące mnie odpowiedzi na zadane pytania. Wyrażam dobrowolnie zgodę na udział w tym Programie i jestem świadomy(a) faktu, że w każdej chwili mogę wycofać zgodę na udział w dalszej części programu bez podania przyczyny. Przez podpisanie zgody na udział w programie nie zrzekam się żadnych należnych mi praw. Otrzymam kopię niniejszego formularza opatrzoną podpisem i datą.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych uzyskanych w trakcie programu zgodnie z obowiązującymi w Polsce przepisami prawa.

Uczestnik/Uczestniczka programu:

.....  
Imię i nazwisko (drukowanymi literami)

.....  
Data i czytelny podpis  
Uczestnika/Uczestniczki

Oświadczam, że omówiłem(am) z Uczestnikiem/Uczestniczką zasady udziału w programie oraz udzieliłem(am) informacji o wskazaniach i przeciwwskazaniach do udziału ww. programie.

Osoba reprezentująca Realizatora programu

Data i czytelny podpis pieczętka

**Administratorem danych osobowych jest Realizator – opis po stronie Realizatora.**

.....  
Data i czytelny podpis  
Uczestnika/Uczestniczki programu

### ZAŁĄCZNIK 3. Ankieta satysfakcji uczestnika programu – działania edukacyjne

#### WZÓR

#### ANKIETA SATYSFAKCJI UCZESTNIKÓW PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ

Jak oceniasz organizację zajęć, w których brałaś/eś udział?

<i>Bardzo dobrze</i>	<i>Dobrze</i>	<i>Średnio</i>	<i>Źle</i>	<i>Bardzo źle</i>	<i>Nie mam zdania</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

W jakim stopniu przekazana wiedza będzie według Ciebie przydatna?

<i>Bardzo przydatna</i>	<i>Przydatna</i>	<i>Średnio Przydatna</i>	<i>Raczej nieprzydatna</i>	<i>Całkowicie nieprzydatna</i>	<i>Nie mam zdania</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Czy informacje zdobyte na szkoleniu zwiększyły Pani/Pana kompetencje i umiejętności?

- zdecydowanie tak
- raczej tak
- trudno powiedzieć
- raczej nie
- zdecydowanie nie

Czy informacje zdobyte na zajęciach będzie Pani/Pan wykorzystywać na co dzień?

- zdecydowanie tak
- raczej tak
- trudno powiedzieć
- raczej nie
- zdecydowanie nie

Czy prowadzący szkolenie posiadał odpowiednią wiedzę i przygotowanie merytoryczne?

- zdecydowanie tak
- raczej tak
- trudno powiedzieć
- raczej nie
- zdecydowanie nie

Czy prowadzący szkolenie przekazywał informacje w przystępny sposób?

- zdecydowanie tak
- raczej tak
- trudno powiedzieć
- raczej nie
- zdecydowanie nie

Czy podobało się Pani/Panu nastawienie prowadzącego do uczestników zajęć?

- zdecydowanie tak
- raczej tak
- trudno powiedzieć
- raczej nie
- zdecydowanie nie

Czy prowadzący odpowiadał na pytania i udzielał dodatkowych wyjaśnień?

- zdecydowanie tak
- raczej tak
- trudno powiedzieć
- raczej nie
- zdecydowanie nie

Czy prowadzący zachęcał uczestników do aktywnego udziału w zajęciach?

- zdecydowanie tak
- raczej tak
- trudno powiedzieć
- raczej nie
- zdecydowanie nie

Czy ilość prezentowanego materiału była wystarczająca?

- zdecydowanie tak
- raczej tak
- trudno powiedzieć
- raczej nie
- zdecydowanie nie

Czy prezentacja i materiały edukacyjne były pomocne w trakcie zajęć?

- zdecydowanie tak
- raczej tak
- trudno powiedzieć
- raczej nie
- zdecydowanie nie

**Które tematy/zagadnienia były według Ciebie nieprzydatne?**

.....  
.....  
.....

**O jakie tematy/zagadnienia powinny być rozszerzone w przyszłości te zajęcia?**

.....  
.....  
.....

**Inne uwagi:**

.....  
.....  
.....  
.....

*Bardzo dziękujemy za pomoc i wypełnienie ankiety.  
Uzyskane informacje pomogą nam w zapewnieniu wysokiej jakości świadczonych usług  
i najwyższego komfortu uczestnikom programu.  
Dlatego jesteśmy Wam szczególnie wdzięczni za poświęcony czas.*