

AKCEPTUJĘ

27.10. 2022 r.

STAROSTA

JAN GRABKOWSKI

JAN GRABKOWSKI

STAROSTA POZNAŃSKI

UCHWAŁA Nr 3539/2022
ZARZĄDU POWIATU W POZNANIU
z dnia 27 października 2022 r.



POWIAT
POZNAŃSKI

**„PROGRAM POLITYKI ZDROWOTNEJ
W ZAKRESIE PROFILAKTYKI I WCZESNEGO
WYKRYWANIA RAKA PIERSI WŚRÓD MIESZKANEK
POWIATU POZNAŃSKIEGO”**

Okres realizacji: 2022 r.-2024 r.

Podstawa prawna: art. 48 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1285 ze zm.)

Poznań, 2022 r.

I. Opis problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej:

I. 1. Opis problemu zdrowotnego:

Budowa i funkcjonowanie organizmu to nieustający, dynamiczny proces. Komórki stale obumierają i dzielą się, a stare zastępowane są nowymi. Dotyczy to całego organizmu. Szacuje się, że ciało człowieka jest nieustannie odbudowywane co kilka lat. U osoby zdrowej istnieje zatem stała równowaga pomiędzy śmiercią komórki i ich podziałami. W tych zjawiskach zachodzących w każdym organizmie, należy dopatrywać się podstaw powstawania nowotworów. Uważa się, że nieprawidłowości w informacji genetycznej mogą prowadzić do zaburzenia wspomnianej równowagi. Poprzez błędy w zapisie i odczycie komórkowego DNA oraz nawarstwienie się czynników do tego prowadzących, dochodzi do uniesmiertelniania pewnej populacji komórek, które dzielą się bez ograniczeń i możliwości zahamowania tego procesu. W prawidłowym cyklu, obumarta komórka jest zastępowana komórką tego samego rodzaju i zachowana jest ciągłość wykonywanych przez nią funkcji. W przypadku powstawania komórek nieprawidłowych, nie spełniają one odpowiednich dla ich pochodzenia czynności (są pewne wyjątki od tej zasady, nie mniej jednak, choroba nowotworowa zawsze zaburza równowagę organizmu). Nieograniczony podział komórek, który nie podlega kontroli, powoduje powstanie masy tkankowej - nowotworu, a gdy komórki tracą kontakt z podłożem na którym się znajdują, prowadzi do tworzenia przerzutów. Proces powstania tych zmian to kancerogeneza (karcinogeneza).

Kancerogeneza jest skomplikowanym procesem zwykle zajmującym lata. Szacuje się, że aż 80% przypadków jest spowodowanych zadziałaniem czynnika zewnętrznego jak promieniowanie, zakażenie określonym wirusem, czy np. rakotwórcze substancje chemiczne. Do całego procesu mogą również predysponować pewne skłonności genetyczne dzielone na silne i słabe. Silne predyspozycje genetyczne to wrodzone zespoły nieprawidłowości znacznie zwiększające szanse zachorowania (nawet do 100%). Pozostałe to osobnicze „tło genetyczne” powstałe na skutek dziedziczenia od przodków genów mniej lub bardziej dających szansę na chorobę. Nie można jednak powiedzieć, że nowotwór jest dziedziczną chorobą genetyczną.

Wśród nowotworów wyróżnia się nowotwory łagodne, złośliwe oraz miejscowo złośliwe.

Nowotwory łagodne to nowe masy tkankowe, które rosną powoli przesuając, ale nie niszczą sąsiednich tkanek. W pewnych przypadkach wzrost guza zostaje zatrzymany na długie okresy. W przeważającej większości otoczone są torebką. Komórki nowotworowe są dobrze zróżnicowane, czyli podobne do komórek tkanki, z której się wywodzą. Leczenie takiej zmiany jest skuteczne, gdyż po jej usunięciu (resekcji) nie następują nawroty. Nowotwór łagodny nie nacieka węzłów chłonnych, nie daje przerzutów.

Nowotwory miejscowo złośliwe to grupa, która może naciekać i niszczyć okoliczne tkanki bądź powodować objawy z ich ucisku. Dodatkowo po usunięciu mogą dawać wznowy i powodować nawrót choroby. Przykładem mogą być guzy mieszane ślinianek bądź niektóre glejaki.

Nowotwory złośliwe to najgroźniejsza grupa chorób. Nie posiadają torebki, a tym co może je charakteryzować jest wzrost naczyń w ich obrębie i szybkie tempo rozwoju. Naciekają sąsiadujące struktury oraz mogą dawać przerzuty do odległych narządów. Ich budowa oceniana pod mikroskopem jest odmienna od prawidłowej. Komórki w ich obrębie często się dzielą, mogą mieć zmieniony kształt i nie spełniają swojej funkcji.

Należy mieć na uwadze, że nie jest to ścisły podział. Nierzadko nowotwór może mieć cechy spełniające kryteria z różnych grup – na przykład posiadać torebkę, a mimo to dawać przerzuty odległe.

Dla ułatwienia podziału przyjmuje się zasadę, iż nowotworami złośliwymi nazywamy nowotwory mogące dawać przerzuty.¹

Rak piersi u kobiet

Rak piersi jest to nowotwór złośliwy powstający z komórek gruczołu piersiowego, który rozwija się miejscowo w piersi oraz daje przerzuty do węzłów chłonnych i narządów wewnętrznych (np. płuc, wątroby, kości i mózgu). Rak piersi jest najczęściej występującym nowotworem złośliwym u kobiet. Stanowi około 23% wszystkich zachorowań z powodu nowotworów złośliwych u kobiet i około 14% zgonów z tego powodu. Szacuje się, że rocznie raka piersi rozpoznaje się u 1,5 miliona kobiet na całym świecie, 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. Najmniej zachorowań na raka piersi notuje się w południowej Azji i Afryce. Rak piersi, który należy do najczęstszych nowotworów złośliwych u kobiet, u mężczyzn występuje rzadko.²

Czynniki ryzyka:

Przyczyny powstawania raka piersi są nadal nieznanne, ale istnieje wiele zidentyfikowanych czynników, które zwiększają ryzyko jego wystąpienia.

- **Płeć** - rak piersi najczęściej występuje u kobiet. Na sto nowych zachorowań na raka piersi jedno występuje u mężczyzny.
- **Wiek** - ryzyko zachorowania na raka piersi u obu płci wzrasta wraz z wiekiem. Wśród kobiet przed 45. rokiem życia występuje on rzadko, a większość zachorowań dotyczy kobiet po 50. roku życia (około 80%).
- **Obciążenie genetyczne** - około 5-10% nowotworów piersi ma charakter dziedziczny, pozostałe nowotwory powstają w wyniku samorzutnych mutacji (przemian genów) w ciągu całego życia. Prawdopodobieństwo zachorowania na raka piersi wśród kobiet wzrasta wraz z liczbą krewnych pierwszego stopnia (matka, siostra, córka) chorych na ten nowotwór, zwłaszcza w młodym wieku. Rodzinne występowania raka piersi dotychczas nie było uważane za jednoznaczne z obciążeniem dziedzicznym, wiązano to raczej z podobnym stylem życia wśród krewnych. Dotychczas nie poznano jeszcze wszystkich genów, których mutacje mogą prowadzić do powstania tego nowotworu. Model wielogenowej podatności na genetycznie uwarunkowanego raka piersi zakłada, że współistnienie kilku genów o mniejszym znaczeniu w powstawaniu raka i wpływ określonych czynników środowiskowych może zwiększać ryzyko zachorowania na raka. Najpewniejszym kryterium dziedzicznego raka piersi jest stwierdzenie mutacji genów *BRCA1* oraz *BRCA2*. Mutacja tych genów powoduje zespół wysokiej skłonności do dziedzicznego raka piersi. U kobiet z mutacją genów *BRCA* życiowe ryzyko wystąpienia raka piersi wynosi 80%, a raka jajnika 30%. W rodzinach z dziedzicznym rakiem piersi występują również inne nowotwory (np. rak jajnika, jelita grubego, trzonu macicy, prostaty, trzustki). Innymi genami, których mutacja może zwiększać ryzyko zachorowania na raka piersi, są geny: *ATP*, *BRIP1*, *TP3*, *CHEK* i *PTEN*. Testy genetyczne: wskazanie do wykonania badań

¹ <http://onkologia.org.pl/nowotwory-wprowadzenie/#s>

² <http://onkologia.org.pl/rak-piersi-kobiet/>

genetycznych w kierunku mutacji w genach BRCA1/2 najczęściej stanowi 10% lub większe prawdopodobieństwo ich wystąpienia.

- **Czynniki reproduktywne** - czynnikiem zwiększającym ryzyko zachorowania na raka piersi jest wczesny wiek pierwszej i późny wiek ostatniej miesiączki, czyli czynniki wydłużające narażenie powstającej tkanki gruczołowej piersi na hormony jajnika (estrogeny i progesteron – żeńskie hormony). Im dłuższy czas narażenia, tym większe ryzyko zachorowania. Kolejnym reprodukcyjnym czynnikiem zwiększającym ryzyko zachorowania na raka piersi jest wiek pierwszej donoszonej ciąży. Urodzenie pierwszego dziecka ma wpływ na ostateczne ukształtowanie się nabłonka gruczołu mlekowego, co zmniejsza ryzyko raka piersi. Kobiety, które nie rodziły lub przebyły pierwszą donoszoną ciążę po 30. roku życia, mają dwa razy większe ryzyko zachorowania, niż te, które przebyły ją przed 20. rokiem życia. Największy wzrost ryzyka dotyczy kobiet z pierwszą donoszoną ciążą po 35. roku życia. W tej grupie jest nawet wyższe niż u nieródek. Rola karmienia piersią jest wciąż dyskusyjna. Niektórzy autorzy uważają, że ma ono wpływ chroniący przed zachorowaniem na raka piersi.
- **Czynniki hormonalne** - stosowanie antykoncepcji doustnej oraz hormonalnej terapii zastępczej jest czynnikami zwiększającymi ryzyko zachorowania na raka piersi.
- **Styl życia** - Wyniki badań wskazują na związek z nadmiernym spożywaniem tłuszczu oraz nadwagą a wzrostem ryzyka zachorowania na raka piersi. Spożycie alkoholu także zwiększa ryzyko raka piersi i nie zależy od rodzaju alkoholu. Nie wykazano natomiast wpływu palenia papierosów na ryzyko raka piersi.
- **Inne nowotwory w przeszłości** - czynnikiem ryzyka zachorowania na raka piersi związanym ze stanem zdrowia jest rak piersi w przeszłości, który ponad trzykrotnie zwiększa ryzyko zachorowania na raka drugiej piersi. Inne nowotwory w wywiadzie zwiększające ryzyko zachorowania na raka piersi to rak jajnika i rak trzonu macicy.
- **Zmiany łagodne** - niektóre zmiany łagodne występujące w piersiach, przebiegające z obecnością rozrostu atypowego, np. *hyperplasia ductalis atypica* i *hyperplasia lobularis atypica* (ADH – atypowy rozrost przewodowy i ALH – atypowy rozrost zrazikowy) powodują wzrost ryzyka zachorowania na raka piersi.
- **Gęstość tkanki gruczołowej** - kobiety z tzw. gęstą tkanką gruczołową mają większe ryzyko zachorowania na raka piersi.
- **Promieniowanie jonizujące** - nieznaczny wzrost ryzyka zachorowania na raka piersi może także spowodować promieniowanie jonizujące (np. u kobiet, które w młodości były napromieniane z powodu chłoniaka Hodgkina).³

Objawy raka piersi

Objawy kliniczne raka piersi zależą od stadium zaawansowania. W stadium początkowym rak piersi przebiega bezobjawowo. Zwykle jest rozpoznawany przypadkowo jako twarde guzki w piersi, wyczuwalny dotykami. W ostatnich latach dzięki zastosowaniu i rozpowszechnieniu badań obrazowych piersi, raki piersi są rozpoznawane w stadium przedobjawowym. U większości chorych na raka piersi pierwszym objawem jest niebolesny guz zlokalizowany w kwadrancie górnym zewnętrznym (górnej

³ <http://onkologia.org.pl/rak-piersi-kobiet/>

bocznej części piersi) - ok. 35% przypadków, najrzadziej w dolnym wewnętrznym (dolnej przyśrodkowej części) - około 5% przypadków. Umieszczenie zmiany pierwotnej po stronie lewej jest częstsze. Takie umiejscowienie guzów wynika z rozmieszczenia tkanki gruczołowej w gruczole sutkowym. Wyciek z brodawki budzi niepokój, jeżeli towarzyszy on guzkowi w okolicy zabrodawkowej lub okołobrodawkowej. Inne objawy raka piersi to asymetria sutków, wciągnięcie brodawki, owrzodzenie brodawki lub skóry piersi, guzki dodatkowe w okolicy, ból bez uchwytnych przyczyn, niewielkiego stopnia pogrubienie skóry, obraz skórki pomarańczy (nacieczone więzadła), świąd lub pieczenie brodawki. Rozwijającemu się rakowi towarzyszy w wielu przypadkach powiększenie pachowych węzłów chłonnych po stronie zajętej piersi, a w dalszych etapach powiększenie węzłów szyjno-nadobojczykowych. Objawami tzw. raka zapalnego piersi jest szybko narastający obrzęk skóry, połączony z jej zaczerwienieniem, nadmiernym uciepleniem i jej bolesnością. U 5 do 10% chorych nowotwór rozpoznawany jest w stadium uogólnienia, najczęściej występują przerzuty do płuc, wątroby, kości i mózgu.⁴

Diagnostyka

Podstawą rozpoznania raka piersi, podobnie jak każdego innego nowotworu, jest badanie mikroskopowe. Do najważniejszych metod uzupełniających badanie mikroskopowe należą:

- 1) historia chorobowa pacjenta,
- 2) badanie lekarskie,
- 3) mammografia (MM),
- 4) ultrasonografia (USG),
- 5) mammografia metodą rezonansu magnetycznego (MR),
- 6) biopsja aspiracyjna cienkoigłowa (BAC) – pobranie cienką igłą komórek do badania mikroskopowego,
- 7) biopsja gruboigłowa – pobranie grubszą igłą cienkiego skrawka tkanki guza do badania mikroskopowego,
- 8) biopsja mammotomiczna – pobranie za pomocą specjalnego urządzenia drobnego wycinka guza do badania mikroskopowego,
- 9) wycinek chirurgiczny z guza,
- 10) badanie komórek wydzielin z brodawki sutkowej.

W celu oceny stopnia zaawansowania i podejrzenia przerzutów do narządów odległych wykonuje się następujące badania:

- 1) RTG klatki piersiowej,
- 2) tomografię komputerową klatki piersiowej,
- 3) USG jamy brzusznej,
- 4) tomografię komputerową jamy brzusznej,
- 5) tomografię komputerową mózgowia,
- 6) scyntyografię kości (badanie kości za pomocą pierwiastków promieniotwórczych w celu poszukiwania przerzutów),
- 7) pozytonową emisyjną tomografię (PET) - specjalne badanie za pomocą pierwiastków promieniotwórczych w celu wykrycia w organizmie nawet bardzo małych skupień komórek raka.

⁴ <http://onkologia.org.pl/rak-piersi-kobiet/>

Do badań dodatkowych należy pełne badanie ginekologiczne, wyniki badania morfologii krwi oraz badania biochemiczne oceniające wydolność nerek i wątroby. Markery nowotworowe (specjalne wskaźniki w badaniu krwi mające związek z nowotworem) nie mają znaczenia w rozpoznawaniu raka piersi.⁵

Stadia zaawansowania

Ocenę stopnia zaawansowania określa się na podstawie klasyfikacji TNM opracowanej przez Międzynarodową Unię do Walki z Rakiem (UICC). Cecha T oznacza guz pierwotny, jego wielkość i umiejscowienie, cecha N – regionalne węzły chłonne, wielkość przerzutu w węzle i ilość węzłów z przerzutami, cecha M – czy występują przerzuty do narządów odległych. Biorąc pod uwagę poszczególne cechy, otrzymujemy stopień zaawansowania tradycyjnie posiadający numery od 0 do IV.⁶

W celach terapeutycznych w praktyce klinicznej stosuje się następujący podział:

- przedinwazyjny rak piersi (chore w stopniu 0),
- inwazyjny rak piersi o zaawansowaniu miejscowo–regionalnym:
 - ✓ operacyjny (stopień I, II i część chorych w stopniu IIIA);
 - ✓ nieoperacyjny (część chorych w stopniu IIIA i wszystkie chore w stopniu IIIB);
- uogólniony rak piersi (stopień IV).⁷

Obecnie obowiązuje również nowa klasyfikacja molekularna. Klasyczna klasyfikacja morfologiczna raków piersi jest oparta na mikroskopowym obrazie nowotworu, który jednak nie w pełni oddaje charakter tego nowotworu w odniesieniu do przebiegu choroby i odpowiedzi na leczenie. Raki piersi o podobnym obrazie morfologicznym mogą różnić się przebiegiem. Obecnie można przyjąć, że określenie „rak piersi” jest przede wszystkim nazwą lokalizacyjną, natomiast może oznaczać schorzenia o różnym przebiegu, rokowaniu i odpowiedzi na leczenie. Na podstawie cech molekularnych wyodrębniono następujące typy raka piersi:

- luminalny A – obecne receptory estrogenowe, „odbiorniki hormonu żeńskiego”,
- luminalny B – gorsze rokowanie niż typ luminalny A, raki niżej zróżnicowane, rzadsze występowanie receptorów hormonalnych,
- HER2 – większość raków z amplifikacją (wieloma kopiami) genu *HER2*,
- bazalny – większość (60%) bez ekspresji receptorów hormonalnych i HER2 „potrójnie ujemny”. Najgorzej rokujący.

Leczenie

Leczenie nowotworów złośliwych możemy podzielić w zależności od:

- sposobu oddziaływania na organizm na leczenie: miejscowe i systemowe (ogólne),
- momentu, w którym leczenie systemowe jest zastosowane na leczenie: przedoperacyjne i pooperacyjne,
- celu zastosowanej terapii: leczenie radykalne i objawowe.

⁵ <http://onkologia.org.pl/rak-piersi-kobiet/>

⁶ <http://onkologia.org.pl/rak-piersi-kobiet/>

⁷ „Profilaktyka obrzęku limfatycznego po leczeniu raka piersi. Raport w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów”, Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji

Leczenie miejscowe a systemowe (ogólne)

Intencją leczenia miejscowego jest usunięcie guza bez oddziaływania na resztę organizmu. Do leczenia miejscowego należy chirurgia i radioterapia. Celem leczenia systemowego jest oddziaływanie na wszystkie komórki organizmu. Do leczenia systemowego należą: chemioterapia, hormonoterapia i terapia celowana, które mogą być stosowane drogą doustną lub podawane bezpośrednio do układu krwionośnego.

Leczenie przedoperacyjne a pooperacyjne

Leczenie wstępne jest stosowane przed leczeniem miejscowym (chirurgią, radioterapią) w celu zmniejszenia masy guza oraz zniszczenia ewentualnych mikroprzerzutów. Leczenie adjuwantowe (uzupełniające) jest stosowane po leczeniu miejscowym w celu zniszczenia mikroprzerzutów. Leczeniem wstępnym i adjuwantowym w raku piersi może być zarówno radioterapia i chemioterapia, jak hormonoterapia.

Leczenie radykalne, paliatywne i objawowe

Intencją leczenia radykalnego jest wyleczenie chorego. Leczenie paliatywne ma celu wydłużenie przeżycia oraz poprawę jakości życia (bez intencji całkowitego wyleczenia choroby). Leczenie objawowe ma na celu poprawę jakości życia (jedynie złagodzenie objawów choroby).

Leczenie chirurgiczne raka piersi

Leczenie chirurgiczne stanowi podstawową część leczenia raka piersi. Leczenie chirurgiczne jest stosowane przede wszystkim we wczesnych stopniach zaawansowania. Od wielu lat leczenie operacyjne raka piersi staje się coraz mniej agresywne. Coraz częściej stosowane są metody mniej inwazyjne, dotyczące zarówno piersi, jak i węzłów chłonnych. W leczeniu pierwotnego guza stosuje się metodę oszczędzającą pierś, a w odniesieniu do węzłów chłonnych stosuje się metodę usunięcia węzła chłonnego wartowniczego (pierwszy węzeł chłonny w danym obszarze anatomicznym, do którego spływa chłonka z głównego ogniska nowotworu).

Leczenie oszczędzające pierś

Jest wskazane we wszystkich przypadkach, w których nie ma przeciwwskazań do takiego sposobu leczenia. Składa się z 2 etapów: usunięcia guza z odpowiednim marginesem oraz uzupełniającej radioterapii. Jeżeli chora ma otrzymać chemioterapię, radioterapia jest rozpoczynana po zakończeniu chemioterapii. Zakres usunięcia guza z otaczającą tkanką zależy od wielkości i umiejscowienia guza oraz innych czynników. Łoża (miejsce) po zabiegu operacyjnym jest oznaczana metalowymi klipsami w celu ułatwienia lokalizacji guza przed radioterapią.⁸

I.2. Dane epidemiologiczne:

Zgodnie z „*Mapą potrzeb zdrowotnych*”, nowotwory w 2019 r. odpowiadały za 20% zgonów wśród mężczyzn oraz za 13% zgonów wśród kobiet. W 2019 r. z chorób nowotworowych zarówno wśród mężczyzn, jak i kobiet, najczęściej do zgonu przyczyniał się nowotwór złośliwy tchawicy, oskrzeli i płuc (117 zgonów na 100 tys. mężczyzn, 48 zgonów na 100 tys. kobiet) oraz nowotwór złośliwy jelita grubego i odbytnicy (52 zgony na 100 tys. mężczyzn, 41 zgonów na 100 tys. kobiet). **Ponadto wśród kobiet istotne przyczyny zgonów stanowiły nowotwór złośliwy sutka (38 zgonów na 100 tys. kobiet).**

⁸ <http://onkologia.org.pl/rak-piersi-kobiet/>

Prognozuje się, że w 2028 r. zapadalność na nowotwór złośliwy sutka w Polsce będzie o ok. 16% wyższa niż w 2019 r., a odsetek zgonów wzrośnie o ok. 9%.⁹

W 2019 r. Krajowy Rejestr Nowotworów otrzymał informacje o 85 559 pierwszorazowych zgłoszeniach nowotworów złośliwych u mężczyzn i 85 659 u kobiet (łącznie 171 218 nowych zachorowań).

U kobiet w 2019 r. najczęściej rejestrowane były nowotwory złośliwe: piersi – 22,9%, płuca – 9,9%, trzonu macicy – 7,0%, okrężnicy – 5,9%, jajnika – 4,3%, tarczycy – 4,1% i szyjki macicy – 2,8% .

Wśród kobiet w 2019 r. po raz kolejny największy odsetek zgonów nowotworowych stanowiły zgony z powodu raka płuca – 17,9%, drugą pozycję zajmowały nowotwory złośliwe piersi – 15,1%, w następnej kolejności znajdowały się nowotwory złośliwe okrężnicy – 7,7%, jajnika – 6,0%, trzustki – 5,7%, trzonu macicy – 4,0% i żołądka – 3,7%.¹⁰

W 2019 r. w Krajowym Rejestrze Nowotworów zarejestrowano w Polsce 19 620 nowych zachorowań (standaryzowany współczynnik zachorowalności 55,38/100 000) i 6 951 zgony z powodu raka piersi (standaryzowany współczynnik umieralności 14,99/100 000). Rak piersi jest najczęściej występującym nowotworem złośliwym u kobiet w Polsce.

Województwa, w których **standaryzowany współczynnik zachorowalności na nowotwory złośliwe ogółem** wśród kobiet w 2019 r. był największy, to województwo kujawsko-pomorskie, pomorskie i wielkopolskie. Natomiast województwami, w których **standaryzowany współczynnik umieralności na nowotwory złośliwe ogółem** wśród kobiet był największy to województwo lubuskie, zachodniopomorskie i wielkopolskie.

W 2019 r. w województwie łódzkim, kujawsko-pomorskim oraz wielkopolskim odnotowano najwyższe wartości **standaryzowanego współczynnika zachorowalności na nowotwór złośliwy piersi**. Z kolei najwyższe wartości **standaryzowanego współczynnika umieralności na nowotwór złośliwy piersi** zarejestrowano w województwie wielkopolskim, kujawsko-pomorskim, oraz warmińsko-mazurskim.

Szczegółowe informacje dotyczące zachorowań i zgonów na raka piersi w kraju i poszczególnych województwach w 2019 r. przedstawia tabela nr 1.

Tabela 1. Zachorowania i zgony na raka piersi w 2019 r. wg województw.

	Zachorowania			Zgony		
	Liczba	Współczynnik surowy ¹⁾	Współczynnik standaryzowany (W) ²⁾	Liczba	Współczynnik surowy ¹⁾	Współczynnik standaryzowany (W) ²⁾
Polska	19 620	99.01	55,38	6 951	35.08	14.99
Dolnośląskie	1 547	102.75	54.41	576	38.26	15.81
Kujawsko-Pomorskie	1 240	115.98	65.62	449	42.00	17.49
Lubelskie	809	74.32	42,89	300	27.56	12.61
Lubuskie	413	79.42	43.71	176	33.84	15.84
Łódzkie	1 633	126.79	67.56	506	39.29	15.67
Małopolskie	1 314	74.99	43.09	567	32.36	13.74

⁹ Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2021 r. w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych (Dz. Urz. MZ z 2021 r. poz. 69),

¹⁰ „Nowotwory złośliwe w Polsce w 2019 r., Narodowy Instytut Onkologii, Warszawa 2021 r.

Mazowieckie	2 812	99.65	56.16	1 024	36.29	15.53
Opolskie	467	91.87	47.46	143	28.13	11.60
Podkarpackie	881	81.16	46,36	275	25.33	11.29
Podlaskie	557	92.12	52.10	169	27.95	12.26
Pomorskie	1 211	100.97	59.22	404	33.68	15.11
Śląskie	2 530	107.96	58.55	910	38.83	15.40
Świętokrzyskie	641	101.09	55.29	191	30.12	13.58
Warmińsko- Mazurskie	627	86.07	49.24	257	35.28	16.44
Wielkopolskie	1 991	110.93	65.38	694	38.67	17.82
Zachodnio- pomorskie	947	108.52	59.24	310	35.52	14.57

Źródło: Krajowy Rejestr Nowotworów

- 1) Współczynnik „surowy” zachorowalności (umieralności) określa liczbę zachorowań (zgonów) na 100 000 badanej populacji.
- 2) Współczynnik standaryzowany (W) - Standaryzowany wg wieku współczynnik zachorowalności (umieralności) na 100 000 określa, ile zachorowań (zgonów) wystąpiłoby w badanej populacji, gdyby struktura wieku tej populacji była taka sama jak struktura wieku populacji przyjętej za standard. Jako populację standardową wybrano populację świata.

W 2019 r. rak piersi został rozpoznany u 1 991 kobiet w Wielkopolsce, co w stosunku do 1999 r. oznacza wzrost o 73% (tj. wzrost o 839 przypadki).

W powiecie poznańskim w 2019 r. raka piersi stwierdzono u 242 kobiet, dla 72 kobiet był on przyczyną zgonu.

Objęcie populacji Wielkopolanek profilaktycznymi badaniami mammograficznymi na dzień 01.01.2021 r. wynosiło 41% (średnia dla Polski 39%). Dla porównania na dzień 01.01.2016 r. wynosiło 52% (średnia dla Polski 44%).¹¹

Mimo, że województwo charakteryzuje wysoki, w porównaniu do innych województw, odsetek przebadanych kobiet to należy dążyć do jak najwyższej zgłaszalności na badania mammograficzne. Przemawiają za tym niekorzystne wartości wskaźników epidemiologicznych w porównaniu do średnich wartości dla kraju. Należy utrzymać dobrą tendencję zgłaszalności na mammografię z jednoczesnym dążeniem do przebadania jak największej liczby kobiet. Rekomenduje się działania z zakresu profilaktyki nowotworu złośliwego sutka.¹²

Szczegółowe dane dotyczące zachorowań i zgonów na raka piersi w powiecie poznańskim w latach 2015-2019 na tle województw i kraju przedstawia tabela nr 2.

¹¹ „Nowotwory złośliwe w Wielkopolsce w 2018 r.”, Wielkopolskie Centrum Onkologii, 2020 r.

¹² Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2021 r. w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych (Dz. Urz. MZ z 2021 r. poz. 69)

Tabela 2. Liczba zachorowań i zgonów na raka piersi w Polsce, Wielkopolsce oraz powiecie poznańskim w latach 2015-2019.

Dane	Rok	Polska	Wielkopolska	powiat poznański
Zachorowania	2015	18 106	1 909	186
	2016	18 615	1 937	225
	2017	18 529	1 875	189
	2018	18 869	1 933	207
	2019	19 620	1 991	242
Zgony	2015	6 319	569	49
	2016	6 493	636	62
	2017	6 670	663	57
	2018	6 895	707	51
	2019	6 951	694	72

Źródło: Krajowy Rejestr Nowotworów

Analizując dane dotyczące zachorowań na raka piersi w poszczególnych grupach wiekowych największą liczbę zachorowań stwierdza się w grupie kobiet w wieku 60-69 lat, następnie 50-59 lat, 70-79 lat i 40-49 lat.

Tabela nr 3. Liczba zachorowań na raka piersi w poszczególnych grupach wiekowych w 2019 r. w Polsce oraz województwie wielkopolskim.

Wiek	2019 r.		2019 r.	
	Polska	%	Wielkopolska	%
0-9	0	0	0	0
10-19	0	0	0	0
20-29	87	0,44	12	0,60
30-39	989	5,04	112	5,63
40-49	2843	14,49	307	15,42
50-59	3952	20,14	413	20,74
60-69	6347	32,35	667	33,5
70-79	3481	17,74	311	15,62
80+	1921	9,79	169	8,49

Źródło: Krajowy Rejestr Nowotworów

Najczęstszą przyczyną zgonów z powodu nowotworów złośliwych u kobiet w powiecie poznańskim jest piersć (C50), następnie płuco (C33-C34) oraz jelito grube (C18-C21). Z kolei najczęstszą przyczyną zachorowań z powodu nowotworów jest piersć, jelito grube i płuco. Strukturę zachorowań i zgonów z powodu nowotworów złośliwych u kobiet w powiecie poznańskim w 2019 r. przedstawia tabela nr 4.

Tabela nr 4. Zachorowania i zgony na najczęstsze nowotwory złośliwe u kobiet w powiecie poznańskim w 2019 roku (na 100 tys.).

Lp.	Umiejscowienie nowotworu	Liczba bezwzględna	Współczynnik surowy	Współczynnik standaryzowany
Zachorowania				
	Ogółem	949	468,9	294,6
1.	Pierś C 50	242	119,6	78,8
2.	Jelito grube C18-C21	100	49,4	26,5
3.	Płuco C33-C34	78	38,5	22,1
4.	Trzon macicy C54	52	25,7	15,6
5.	Tarczycza C73	50	24,7	20,9
Zgony				
	Ogółem	405	200,1	103,2
1.	Pierś C 50	72	35,6	18,1
2.	Płuco C33-C34	61	30,1	16,8
3.	Jelito grube C18-C21	46	22,7	10,4
4.	Jajnik C56	30	14,8	8,2
5.	Trzustka C25	24	11,9	6,4

Źródło: Wielkopolskie Biuro Rejestracji Nowotworów, Wielkopolskiego Centrum Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie

I.3. Opis obecnego postępowania w zakresie profilaktyki raka piersi:

1. Postępowanie w zakresie profilaktyki raka piersi w ramach środków publicznych:

Obecnie w Polsce finansowany ze środków publicznych jest „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.

Program adresowany jest do kobiet w wieku 50-69 lat, które spełniają jedno z poniższych kryteriów:

- nie miały wykonywanej mammografii w ciągu ostatnich dwóch lat;
- otrzymały w ramach programu profilaktyki raka piersi pisemne wskazanie do wykonania ponownej mammografii po 12 miesiącach z powodu obciążenia następującymi czynnikami ryzyka:
 - rak piersi wśród członków rodziny (matka, siostra, córka),
 - mutacja w obrębie genów BRCA1 lub BRCA2;
 - nie miały wcześniej stwierdzonej zmiany nowotworowej piersi o charakterze złośliwym.

Za realizację i finansowanie Programu odpowiedzialny jest Narodowy Fundusz Zdrowia.

Na mammografię poza ww. programem kobiety mogą zostać skierowane w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. U kobiet młodszych zazwyczaj wykonuje się jednak badanie USG piersi, ze względu na charakterystyczną dla młodszego wieku budowę tkanki.

3. Rekomendacja dotycząca działań edukacyjnych i mammografii

W opinii Prezes Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji nr 15/2021 z dnia 25.03.2021 r. o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Program wczesnego wykrywania raka

piersi wśród mieszkank Miasta Rzeszowa na lata 2021-2025” stwierdza się, że „zaleca się przeprowadzanie edukacji zdrowotnej kobiet w zakresie wczesnego rozpoznawania u siebie oznak mogących świadczyć o rozwijającej się chorobie nowotworowej (ACS 2015, ACOG 2011, NCCN2011, PTG 2005). Z kolei badaniem przesiewowym w kierunku nowotworów piersi jest mammografia (MMG) (ACS 2015, Prescrire International 2015, WHO 2014, SEOM 2014, PTOK 2013, MZ/COIMSC 2013, ESMO 2013, NICE 2013, ACOG 2011, NCCN 2011, ACR 2011, CTFPHC 2011, NCI 2010, PTG 2005). Zalecenia co do grupy wiekowej wykonywania przesiewowych badań mammograficznych są zróżnicowane. Dolna granica wieku jest we wszystkich rekomendacjach większa niż 40 lat (ACS 2015, ACOG 2011, NCCN 2011, ACR 2011, NCI 2010), zaś około połowa z nich jako wiek rozpoczęcia przesiewu z wykorzystaniem mammografii wskazuje co najmniej 50 lat (NHS 2010, PTG 2005, WHO 2014, ESMO 2013, SEOM 2014, CTFPHC 2011). Zalecana częstość wykonywania badania jest w rekomendacjach podawana jako: 1 rok (ACS 2015, ACOG 2011, NCCN 2011, ACR 2011, NCI 2010, PTG 2005, CTFPHC 2011), 2 lata (WHO 2014, ESMO 2013, SEOM 2014) oraz 3 lata (NHS 2010).

Uzasadnienie wprowadzenie „Programu polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki i wczesnego wykrywania raka piersi”:

Głównym celem walki z rakiem jest wczesne wykrywanie nowotworów, mające na celu wykrycie choroby w fazie bezobjawowej wykrywalnej (nim ujawni się ona klinicznie), co realizowane jest poprzez: kształcenie społeczeństwa w zakresie wczesnego wykrywania nowotworów, m.in. poprzez samokontrolę piersi i zgłaszanie się na profilaktyczne badania skryningowe, szkolenie personelu medycznego, rutynowe badania przesiewowe, wykonywane przez lekarzy w codziennej pracy, tworzenie specjalnych programów przesiewowych (badań skryningowych). Istnieją nowotwory, w przypadku których poprzez badanie skryningowe można wykryć stany przednowotworowe i wprowadzając leczenie zapobiec rozwinięciu się nowotworu złośliwego (doskonałym przykładem jest tu CIN2 w profilaktyce raka szyjki macicy). W innych przypadkach np. raku piersi, nie potrafimy zapobiec zachorowaniu i sukcesem jest wykrycie nowotworu w jak najwcześniejszym stadium zaawansowania – najlepiej przedinwazyjnym (tj. DCIS). Badania przeprowadzone w Mazowieckim Rejestrze Nowotworów wykazały, że wyleczalność raków przedinwazyjnych wynosi około 100%, a nowotworów w stadium miejscowym 75–80%. Każde następne stadium zaawansowania zmniejsza szanse wyleczenia o średnio 25%.¹³

Założenia Programu są zgodne rekomendacjami „Krajowego Programu Transformacji”, w którym wskazuje się na konieczność podjęcia działań mających na celu zwiększenie zgłaszalności na badania przesiewowe jako ważny aspekt poprawy skuteczności profilaktyki zdrowotnej w Polsce, w tym w szczególności poprawy zgłaszalności kobiet na badania cytologiczne i mammograficzne.

W „Mapie potrzeb zdrowotnych” wskazuje się iż, „mimo, że województwo (red. Wielkopolskie) charakteryzuje wysoki w porównaniu do innych województw odsetek przebadanych kobiet to należy dążyć do jak najwyższej zgłaszalności na badania mammograficzne. Przemawiają za tym niekorzystne wartości wskaźników epidemiologicznych w porównaniu do średnich wartości dla kraju. Należy utrzymać dobrą tendencję zgłaszalności na mammografię z jednoczesnym dążeniem do przebadania jak największej liczby kobiet. Rekomenduje się działania z zakresu profilaktyki nowotworu złośliwego sutka”.

¹³ „Nowotwory złośliwe w Wielkopolsce w 2018 r.”, Wielkopolskie Centrum Onkologii, 2020 r.

Interwencje zaplanowane w ramach Programu dotyczą zadań określonych w ustawie o zdrowiu publicznym, ponieważ obejmują edukację zdrowotną, promocję zdrowia, profilaktykę chorób, a także ograniczanie nierówności w zdrowiu wynikających z uwarunkowań społeczno-ekonomicznych.

Program jest zgodny z założeniami Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2025, w ramach którego zakłada się podniesienie zgłaszalności do rządowych programów profilaktycznych. W ramach prowadzonych działań informacyjno-edukacyjnych prowadzone będą działania dotyczące wykonywania regularnych, profilaktycznych badań mammograficznych m.in. w ramach Programu rządowego.

Realizacja programu w zakresie profilaktyki i wczesnego wykrywania raka piersi wpisuje się w założenie kluczowe dla regionu dokumentu wyznaczającego kierunki działań w obszarze zdrowia tj. „Wojewódzkiego Planu Transformacji”. W dokumencie wskazuje się na konieczność realizacji programów profilaktyki nowotworowej dotyczących m.in. profilaktyki wtórnej polegających na wczesnym wykrywaniu schorzeń. W szczególności zakłada się realizację działań zmierzających do zahamowania postępu lub powikłań już rozwiniętej choroby.

Zakłada się, że zaplanowane działania przyczynią się do zapewnienia odpowiedniego poziomu wykrywalności zachorowań w odpowiednim stadium rozwoju choroby, co pozwoli na lepsze rokowanie w leczeniu.

Założenia Programu są zgodne z celami określonymi w „Programie działań Powiatu Poznańskiego w zakresie promocji i ochrony zdrowia na lata 2020-2024”, w szczególności w zakresie profilaktyki chorób nowotworowych i zwiększenia skuteczności ich wczesnego wykrywania.

Opracowany Program przyczyni się do wypełnienia powyższych rekomendacji i zaleceń.

4. Podstawy prawne realizacji Programu:

- Ustawa z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym (Dz. U. z 2022 r. poz. 1526),
- Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1285 ze zm.),
- Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2022 r. poz. 633 ze zm.);
- Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym (Dz. U. z 2022 r. poz. 1608);
- Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 marca 2021 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2025 (Dz. U. z 2021 r. poz. 642);
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 lutego 2017 r. w sprawie wzoru programu polityki zdrowotnej, wzoru raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej oraz sposobu sporządzenia projektu programu polityki zdrowotnej i raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej (Dz. U. z 2017 r. poz. 2476),
- Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2021 r. w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych (Dz. Urz. MZ z 2021 r. poz. 69),
- Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 15 października 2021 r. w sprawie krajowego planu transformacji (Dz. Urz. MZ. z 2021 r. poz. 80),
- Obwieszczenie Wojewody Wielkopolskiego z dnia 17 grudnia 2021 r. w sprawie ogłoszenia wojewódzkiego planu transformacji (Dz. Urz. z 2021 r. poz. 9999),

- Uchwała Nr XX/242/VI/2020 Rady Powiatu w Poznaniu z dnia 10 czerwca 2020 r. w sprawie przyjęcia „Programu działań Powiatu Poznańskiego w zakresie promocji i ochrony zdrowia na lata 2020-2024”.

II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji:

II. 1. Cel główny:

- zwiększenie o co najmniej 30%¹⁴ liczby kobiet realizujących działania profilaktyczne ukierunkowane na raka piersi w zakresie badań przesiewowych (mammografia/USG piersi) w populacji docelowej Programu (populacja docelowa zostanie określona w umowie o realizacji Programu) poprzez wykonanie u nich badania mammograficznego w ramach Programu w 2022 r. i w 2023 r.

II. 2. Cele szczegółowe:

- 1) uzyskanie nie mniejszego niż 30%¹⁵ poziomu wykonania badań mammograficznych w populacji kobiet w wieku 45-49, u których obecne są czynniki kwalifikujące je do grupy ryzyka wystąpienia raka piersi, u których planuje się wykonać badanie mammograficzne, w ramach umowy o realizacji Programu, w 2022 r. i w 2023 r.
- 2) uzyskanie lub utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy w zakresie profilaktyki raka piersi u co najmniej 30%¹⁶ kobiet z populacji docelowej¹⁷ objętych indywidualną edukacją w ramach Programu (na podstawie testu zrealizowanego przed i po edukacji, wysoki poziom wiedzy oznacza uzyskanie min. 60% prawidłowych odpowiedzi w teście),
- 3) zwiększenie liczby wcześnie wykrytych nowotworów piersi w populacji kobiet w wieku 45-49 lat, u których wykonano badania w ramach realizowanego Programu.

II.3. Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej:

- 1) odsetek liczby kobiet (uczestniczek Programu), które realizują działania profilaktyczne ukierunkowane na raka piersi w zakresie badań przesiewowych (mammografia/USG piersi) względem liczby kobiet, u których zostało przeprowadzone badanie mammograficzne w ramach Programu (na podstawie informacji uzyskanych od uczestniczek Programu o wcześniej wykonanych badaniach przesiewowych), wartość docelowa – co najmniej 30%,
- 2) iloraz liczby kobiet, u których wykonano badania mammograficzne w ramach programu i liczby kobiet z planowanej populacji docelowej Programu¹⁸ - wynik wyrażony w procentach, wartość docelowa – 30%,

¹⁴ Wartość przyjęto mając na uwadze zarówno skuteczność działań jak i możliwość ich osiągnięcia.

¹⁵ Zgodnie ze standardami europejskimi akceptowalny odsetek zgłoszeń (w populacji kobiet zaproszonych) wynosi >70%, a oczekiwany: >75%, zgodnie z dokumentem pn. „Programy profilaktyki raka piersi – wspólne podstawy oceny”, Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji Wartość przyjęto mając na uwadze zarówno skuteczność działań jak i możliwość ich osiągnięcia.

¹⁶ Wartość przyjęto mając na uwadze zarówno skuteczność działań jak i możliwość ich osiągnięcia.

¹⁷ Populacja docelowa - liczba kobiet w wieku 45-49 lat, zameldowanych na terenie powiatu poznańskiego, u których obecne są czynniki kwalifikujące je do grupy ryzyka wystąpienia raka piersi, u których planuje się wykonać badania mammograficzne zostanie określona w umowie o realizacji Programu.

¹⁸ Populacja docelowa - liczba kobiet w wieku 45-49 lat, zameldowanych na terenie powiatu poznańskiego, u których obecne są czynniki kwalifikujące je do grupy ryzyka wystąpienia raka piersi, u których planuje się wykonać badania mammograficzne zostanie określona w umowie o realizacji Programu

- 3) odsetek kobiet w wieku 45-49 lat objętych indywidualną edukacją w ramach Programu u których w post-tescie odnotowano wysoki poziom wiedzy, względem liczby wszystkich kobiet w wieku 45-49 lat objętych indywidualną edukacją w ramach Programu, które wypełniły pre-test - wynik wyrażony w procentach, wartość docelowa – 30%,
- 4) odsetek liczby kobiet, u których stwierdzono raka piersi, na podstawie badań zrealizowanych w ramach Programu w odniesieniu do wszystkich kobiet w wieku 45-49 lat, u których wykonano badania w ramach Programu, wartość docelowa – 0,5%.

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

III. 1. Populacja docelowa:

Zgodnie z założeniami Programu **działania edukacyjne** adresowane są do:

- kobiet w wieku 45-49 lat, zameldowanych na terenie powiatu poznańskiego (liczba kobiet którą planuje się objąć edukacją indywidualną zostanie określona w umowie o realizacji Programu).

Badania mammograficzne adresowane są do kobiet w wieku 45-49 lat, zameldowanych na terenie powiatu poznańskiego, u których obecne są czynniki kwalifikujące je do grupy ryzyka wystąpienia raka piersi (szczegółowo określone w tabeli nr 6, pkt. 2).

Konsultacje lekarskie adresowane są do kobiet w wieku 45-49 lat, uczestniczek Programu, u których badanie mammograficzne wykaże nieprawidłowość.

Szczegółowe dane demograficzne dotyczące liczby kobiet w wieku 45-49 lat w poszczególnych gminach powiatu poznańskiego przedstawia tabela nr 5.

Tabela nr 5. Dane demograficzne dotyczące liczby kobiet w wieku 45-49 lat w poszczególnych gminach powiatu poznańskiego.

Gmina	Liczba kobiet w wieku 45-49 lat
Buk	474
Czerwonak	1 207
Dopiewo	1 441
Kleszczewo	432
Komorniki	1 429
Kostrzyn	717
Kórnik	1 364
Luboń	1 406
Mosina	1 288
Murowana Goślina	606
Pobiedziska	791
Puszczykowo	392
Rokietnica	848
Stęszew	535

Suchy Las	879
Swarzędz	2 131
Tarnowo Podgórne	1 213
Powiat Poznański	17 153

Źródło: GUS, Baza Danych Demograficznych (dane na dzień 08.06.2022 r.)

Liczebność populacji, która zostanie objęta badaniami:

Biorąc pod uwagę liczebność populacji kobiet w wieku 45-49 lat, możliwości finansowe, zasadę zachowania równego dla wszystkich uczestniczek dostępu do działań oferowanych w ramach Programu oraz kalkulowane jednostkowe koszty interwencji, planuje się objąć badaniami ok. 1200 kobiet, co stanowi 7% populacji kobiet w wieku 45-49 lat. Konsultacje lekarskie wraz z badaniem klinicznym i badaniem USG zostaną przeprowadzone u ok. 20% kobiet u których wykonano badania mammograficzne. **Po dokonaniu wyboru realizatora Programu wskaźnik populacji możliwej do włączenia w ramach Programu zostanie przeliczony ponownie z uwzględnieniem faktycznego jednostkowego kosztu interwencji wskazanego przez Wykonawcę.** W umowie o realizacji Programu zostanie ostatecznie określona liczba kobiet, które będą mogły zostać objęte poszczególnymi interwencjami w ramach Programu (w tym mammografią, konsultacją lekarską oraz badaniem USG).

III.2. Informacje o Programie oraz kryteria kwalifikowania do udziału w programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej:

Informowanie o Programie:

Informacje o Programie zostaną zamieszczone na:

- stronach internetowych: Powiatu Poznańskiego, poszczególnych gmin powiatu poznańskiego oraz realizatora Programu,
- tablicach ogłoszeń: w Starostwie Powiatowym w Poznaniu, w urzędach gmin, w przychodniach lekarskich oraz innych miejscach użyteczności publicznej,
- w lokalnych mediach (np. prasa, telewizja, radio),
- w mediach społecznościowych.

Indywidualnymi działaniami edukacyjnymi zostaną objęte kobiety w wieku 45-49 lat, zameldowane na terenie powiatu poznańskiego (liczba kobiet, które planuje się objąć indywidualną edukacją zostanie określona w umowie o realizacji Programu). Planuje się także wydrukować w nakładzie ok. 2 000 sztuk ulotki edukacyjne.

Badaniami zostaną objęte kobiety w wieku 45-49 lat, zameldowane na terenie powiatu poznańskiego, u których obecne są czynniki kwalifikujące je do grupy ryzyka wystąpienia raka piersi, na podstawie pisemnego oświadczenia (druk oświadczenia zostanie opracowany przez wykonawcę Programu).

Tabela 6. Kryteria kwalifikujące do udziału w Programie obejmują (m.in. dla badania mammograficznego) czynniki kwalifikujące do grup ryzyka wystąpienia raka piersi):

Lp.	Działanie [I]	Adresaci [II]	Kryteria włączenia [III]	Kryteria wyłączenia [IV]
1.	Edukacja indywidualna wraz z instruktażem samobadania piersi	Kobiety	<ul style="list-style-type: none"> ▪ wiek: 45-49 lat¹⁹, ▪ płeć: żeńska, ▪ zameldowanie na terenie powiatu poznańskiego²⁰, ▪ zgłoszenie udziału w Programie Wykonawcy Programu²¹, ▪ wyrażenie zgody na udział w edukacji. 	niespełnienie minimum jednego z kryteriów określonych w punkcie 1. niniejszej tabeli.
2.	Badanie mammograficzne	Kobiety	<ul style="list-style-type: none"> ▪ wiek: 45-49 lat²², ▪ płeć: kobiety ▪ zameldowanie na terenie powiatu poznańskiego²³, ▪ zgłoszenie udziału w Programie Wykonawcy Programu²⁴, ▪ wyrażenie zgody na wykonanie badania mammograficznego, ▪ brak przeciwwskazań do wykonania badania mammograficznego, ▪ występowanie w wywiadzie co najmniej jednego z czynników (na podstawie oświadczenia)²⁵: <ul style="list-style-type: none"> · obciążenie genetyczne (mutacje genu BRCA 1 i BRCA2), · występowanie w wywiadzie rodzinnym: raka piersi wśród członków rodziny, · stosowanie długotrwałej hormonalnej terapii 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ niespełnienie minimum jednego z kryteriów określonych w punkcie 2. niniejszej tabeli, ▪ wykonane badanie mammograficzne w ciągu 12 miesięcy bez pisemnego wskazania do wykonania ponownej mammografii, ▪ przebywanie pod opieką poradni ginekologicznej lub/i onkologicznej na skutek zmian w obrębie piersi, ▪ aktualny udział w innym programie w przedmiotowym zakresie.

¹⁹ Wiek w dniu zgłoszenia się do Programu

²⁰ Na podstawie pisemnego oświadczenia, druk oświadczenia zostanie opracowany przez wykonawcę Programu

²¹ Ze względu na ograniczoną liczbę osób możliwych do przebadania w ramach Programu, Wykonawca potwierdzi przyjęcie zgłoszenia

²² Wiek w dniu zgłoszenia się do Programu

²³ Na podstawie pisemnego oświadczenia, druk oświadczenia zostanie opracowany przez wykonawcę Programu

²⁴ Ze względu na ograniczoną liczbę osób możliwych do przebadania w ramach Programu, Wykonawca potwierdzi przyjęcie zgłoszenia

²⁵ Ankieta wywiadu kwalifikacyjnego zostanie opracowana przez Wykonawcę Programu

			<p>zastępczej i/lub antykoncepcji,</p> <ul style="list-style-type: none"> · pojawienie się miesiączki we wczesnym wieku i/lub gdy menopauza rozpoczęła się w późniejszym okresie życia, · wystąpienie w przeszłości innych nowotworów, · wystąpienie łagodnych zmian w piersi przebiegające z obecnością rozrostu atypowego, · gęstość tkanki gruczołowej (gęsto utkana). <ul style="list-style-type: none"> ▪ brak przeciwwskazań zdrowotnych do wykonania badania mammograficznego na podstawie wywiadu (np. ciąża), ▪ brak wykonanego badania mammograficznego w ciągu ostatnich 12 miesięcy. 	
4.	Konsultacja lekarska wraz z badaniem klinicznym i usg piersi	Kobiety	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kobiety, które uzyskały nieprawidłowy wynik badania mammograficznego realizowanego w ramach Programu. ▪ Zgoda na udział w Programie, w tym konsultację lekarską, usg. <p>USG - decyzję o wykonaniu badania podejmie lekarz, biorąc pod uwagę w szczególności: wynik mammografii, wynik badania palpacyjnego, strukturę gruczołu sutkowego, stosowanie hormonalnej terapii zastępczej, konieczność zróżnicowania między guzem litym a torbielą sutka.</p>	Prawidłowy wynik badania mammograficznego realizowanego w ramach Programu.

III.3. Planowane interwencje:

- działania *informacyjno-promocyjne* (m.in. plakaty, ulotki, informacje na stronach internetowych oraz w lokalnych mediach, mediach społecznościowych, informacje w przychodniach, a także innych miejscach użyteczności publicznej na terenie powiatu poznańskiego),
- *edukacja zdrowotna* w formie:

- indywidualnej edukacji dla kobiet w wieku 45-49 lat (po uzyskaniu pisemnej zgody na udział w Programie, w tym edukację oraz naukę samobadania piersi – druk zgody zostanie opracowany przez Wykonawcę Programu),
Zakres tematyczny edukacji dotyczyć będzie informacji na temat czynników ryzyka zachorowania na raka piersi, metod diagnostycznych i kryteriów rozpoznawania raka piersi, następstw zdrowotnych choroby oraz skuteczności wczesnie podjętej profilaktyki i leczenia. Edukacja obejmować będzie naukę samobadania piersi wraz z instruktażem na modelach piersi (technika samobadania zostanie sprawdzona pod względem poprawności przez edukatora). Kobiety będą informowane o korzyściach i ograniczeniach wynikających z samobadania piersi. Prowadzone będą również działania informacyjno-promocyjne dotyczące możliwości skorzystania z bezpłatnych badań mammograficznych w ramach „**Populacyjnego Programu Wczesnego Wykrywania Raka Piersi**” (informacja dla kobiet, które w następnych latach będą kwalifikować się do udziału w Programie rządowym oraz kobiet z najbliższego otoczenia uczestniczek Programu. Poziom wiedzy uczestniczek Programu zostanie zweryfikowany za pomocą testu wiedzy przed i po przeprowadzeniu działań edukacyjnych).
- ulotek edukacyjnych (opracowanych przez Wykonawcę Programu, po podpisaniu umowy).
W ulotkach przedstawione zostaną najważniejsze informacje dotyczące: profilaktyki raka piersi, samobadania własnego ciała i informowania lekarza o wszelkich zmianach i podejrzeniach z nim związanych oraz możliwości skorzystania z bezpłatnych badań mammograficznych przez:
 - kobiety w wieku 45-49 lat w ramach „**Programu polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki i wczesnego wykrywania raka piersi wśród mieszkank powiatu poznańskiego**” (z podaniem danych kontaktowych do Wykonawcy Programu),
 - kobiety w wieku 50-69 lat w ramach „**Populacyjnego Programu Wczesnego Wykrywania Raka Piersi**” (nr tel./i adres strony internetowej gdzie można uzyskać informacje dot. placówek realizujących bezpłatne badania mammograficzne dla kobiet w tej grupie wiekowej oraz miejscach postoju mammbusów).Wiedza przekazywana uczestniczkom Programu przez realizatora musi opierać się na aktualnych i rzetelnych źródłach wiedzy.
- wywiad kwalifikacyjny na badania (przy rejestracji telefonicznej, następnie przed samym badaniem, wypełnienie dokumentów – zgoda na udział w Programie, w tym wykonanie badania mammograficznego, wypełnienie ankiety kwalifikacyjnej, wskazanie numeru telefonu do kontaktu oraz adresu do korespondencji, zgoda na przetwarzanie danych osobowych w związku z realizacją Programu – druki dokumentów zostaną opracowane przez Wykonawcę Programu),
- badanie mammograficzne, obu piersi w dwóch projekcjach (badanie poprzedzone edukacją oraz informacjami o korzyściach i zagrożeniach wiążących się z badaniem),
- przeprowadzenie ankiety oceniającej jakość świadczeń udzielanych w ramach Programu wśród odbiorców Programu tj. kobiet uczestniczących w edukacji oraz u których wykonano badanie mammograficzne na podstawie załącznika nr 1 do niniejszego Programu,

- wynik badania oraz zalecenia dotyczące dalszego postępowania zostaną przesłane na wskazany adres korespondencyjny (dotyczy kobiet, które uzyskały wynik prawidłowy),
- konsultacja lekarska - w przypadku nieprawidłowego wyniku badania mammograficznego uczestniczka Programu zostanie zaproszona na konsultację lekarską podczas, której lekarz specjalista, przeprowadzi badanie kliniczne oraz wykona badanie usg piersi (decyzję o wykonaniu badania podejmie lekarz, biorąc pod uwagę w szczególności: wynik mammografii, wynik badania palpacyjnego, strukturę gruczołu sutkowego, stosowanie hormonalnej terapii zastępczej, konieczność zróżnicowania między guzem litym a torbielą sutka). Podczas konsultacji lekarz omówi wyniki badań, skieruje do dalszej diagnostyki lub leczenia (poza Programem), a także poinformuje, gdzie takie świadczenia są realizowane w ramach umowy z NFZ. Pacjentka otrzyma wyniki badań oraz zalecenia dotyczące dalszego postępowania (oryginał wyniku badania pacjentka otrzyma w trakcie wizyty, w postaci opisu lekarskiego),
- termin konsultacji lekarskiej zostanie ustalony telefonicznie przez Wykonawcę Programu w konsultacji z uczestniczką Programu,
- w przypadku braku zgłoszenia na konsultację lekarską, w ustalonym terminie, Wykonawca Programu umożliwi konsultacje w innym terminie. W przypadku kolejnego braku zgłoszenia Wykonawca Programu prześle pocztą, wynik badania oraz zalecenia dotyczące dalszego postępowania (poza Programem) na wskazany przez uczestniczkę Programu adres korespondencyjny,
- przeprowadzenie ankiety oceniającej jakość świadczeń udzielanych w ramach Programu wśród uczestniczek Programu tj. osób objętych konsultacją lekarską, w tym tych u których wykonano badania usg, na podstawie załącznik nr 2 do niniejszego Programu,
- zgłoszenie wykrytego nowotworu piersi do regionalnego rejestru nowotworów.

Sposób powiązania działań programu ze świadczeniami zdrowotnymi finansowanymi ze środków publicznych:

Obecnie w Polsce finansowany ze środków publicznych jest „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 kobiety mogą zostać skierowane w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. U kobiet młodszych zazwyczaj wykonuje się badanie USG piersi, ze względu na charakterystyczną dla młodszego wieku budowę tkanki.

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 u specjalisty do postawienia diagnozy, nie może minąć więcej niż 7 tygodni.²⁶

Planowany do realizacji Program stanowi uzupełnienie świadczeń finansowanych ze środków publicznych.

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

Świadczenie polegające na wykonaniu badania mammograficznego oraz działania edukacyjne zostaną wykonane u kobiet w wieku 45-49 lat, zakwalifikowanych do udziału w Programie. Badania mammograficzne będą prowadzone na terenie poszczególnych gmin powiatu poznańskiego (w mobilnej pracowni badań mammograficznych) i na terenie m. Poznania lub/i powiatu poznańskiego (w stacjonarnej pracowni badań mammograficznych). Konsultacje lekarskie realizowane będą na terenie m. Poznania lub/i powiatu poznańskiego (gabinet, stacjonarna pracownia badań USG). Szczegółowy harmonogram dotyczący terminów i miejsca realizacji badań zostanie określony przez wykonawcę Programu po podpisaniu stosownej umowy.

III.5. Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej:

- zrealizowanie dostępnych dla świadczeniodawcy interwencji przewidzianych w ramach Programu,
- zaistnienie kryterium wyłączenia,
- rezygnacji uczestniczki z udziału w Programie,
- zakończenie realizacji Programu.

IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej:

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

Tabela nr 7. Etapy i działania podejmowane w ramach „Programu polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki i wczesnego wykrywania raka piersi wśród mieszkank powiatu poznańskiego”

Lp.	Działania podejmowane w ramach „Programu polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki i wczesnego wykrywania raka piersi wśród mieszkank powiatu poznańskiego”	Termin realizacji
I etap. Opracowanie programu polityki zdrowotnej		
1.	Opracowanie programu polityki zdrowotnej (zwany dalej Programem).	I kwartał 2022 r.
2.	Konsultacje Programu z gminami powiatu poznańskiego.	
3.	Przekazanie programu polityki zdrowotnej do zaopiniowania przez Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji.	I-II kwartał 2022 r.
II etap. Wdrożenie Programu do realizacji i wybór realizatora programu polityki zdrowotnej:		

²⁶ Opinia Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji nr 37/2021 z dnia 7 lipca 2021 r. o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Program profilaktyki i wczesnego wykrywania raka piersi wśród mieszkank Gminy Kalisz Pomorski na lata 2021-2025”

5.	Po uzyskaniu pozytywnej albo warunkowo pozytywnej opinii Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (w przypadku warunkowo pozytywnej opinii wprowadzenie do Programu zmian zgodnych z tą opinią), zatwierdzenie Programu do realizacji (Uchwała Zarządu Powiatu).	IV kwartał 2022 r.
6.	Ogłoszenie otwartego konkursu ofert na wybór realizatora Programu.	
7.	Składanie ofert w konkursie na wybór realizatora Programu przez podmioty wykonujące działalność leczniczą.	
8.	Wybór realizatora Programu przez Zarząd Powiatu w Poznaniu (Uchwała Zarządu ws. zatwierdzenia wyników konkursu ofert).	
9.	Podpisanie umowy o realizacji Programu.	
III etap. Kampania informacyjno-promocyjna:		
10.	Poinformowanie wójtów/burmistrzów gmin powiatu poznańskiego o realizacji Programu oraz wyborze wykonawcy Programu.	IV kwartał 2022 r.
11.	Przeprowadzenie kampanii promocyjno - informacyjnej dotyczącej Programu (w tym m.in. plakaty, ulotki, informacje na stronach internetowych powiatu i gmin, informacje w mediach, w przychodniach oraz innych miejscach użyteczności publicznej na terenie powiatu poznańskiego).	IV kwartał 2022 r. i 2023 r.
IV etap. Działania profilaktyczne (edukacja i badania):		
12.	Opracowanie, wydanie oraz dystrybucja ulotek edukacyjnych.	IV kwartał 2022 r. i 2023 r.
13.	Wywiad kwalifikacyjny oraz uzyskanie pisemnej zgody na udział w Programie, w tym działania edukacyjne, badania (druk zostanie opracowany przez Wykonawcę Programu).	
14.	Działania edukacja adresowane do kobiet w wieku 45-49 lat (w tym test wiedzy przed i po edukacji).	
15.	Badanie mammograficzne.	
16.	Przeprowadzenie ankiety oceniającej jakość świadczeń udzielanych w ramach Programu wśród odbiorców Programu (załącznik nr 1).	
17.	Konsultacje lekarskie z badaniem klinicznym oraz usg (dla kobiet z nieprawidłowym wynikiem badania mammograficznego).	
18.	Przeprowadzenie ankiety oceniającej jakość świadczeń udzielanych w ramach Programu wśród odbiorców Programu (załącznik nr 2).	
19.	Przedkładanie comiesięcznych sprawozdań z realizacji Programu przez Wykonawcę Programu w zakresie informacji określonych w punkcie V.1.	
20.	Monitoring realizacji Programu w okresie jego trwania.	
V etap. Podsumowanie realizacji Programu oraz ewaluacja:		
21.	Sporządzenie sprawozdania końcowego z realizacji Programu.	I kwartał 2024 r.
22.	Rozliczenie dotacji przyznanej Wykonawcy Programu na jego realizację.	

23.	Ewaluacja Programu, opracowanie raportu końcowego z jego realizacji oraz przesłanie go do Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji.	
-----	---	--

➤ **Wybór realizatora Programu:**

Wykonawca Programu zostanie wyłoniony w trybie otwartego konkursu ofert na wybór realizatora programu polityki zdrowotnej zgodnie z obowiązującymi przepisami określonymi w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1285 ze zm.).

➤ **Koordynator Programu:**

Koordinatorami Programu będą:

- wyznaczony przedstawiciel Wykonawcy Programu,
- pracownik Wydziału Spraw Społecznych i Zdrowia Starostwa Powiatowego w Poznaniu.

➤ **Termin i miejsce realizacji Programu:**

- **Miejsce:** 17 gmin powiatu poznańskiego/m. Poznań (w tym m.in.: pracownie mobilne oraz wskazana pracownia stacjonarna, gabinet lekarski).
- **Termin:** 2022 r. i 2023 r. interwencje oferowane w Programie – badania, edukacja, konsultacje lekarskie), 2024 r. – sprawozdanie końcowego z realizacji Programu, rozliczenie dotacji, ewaluacja Programu, raport końcowy (zgodnie z pkt. IV. 1).

Szczegółowy harmonogram realizacji Programu w poszczególnych gminach przedstawi Wykonawca Programu po podpisaniu umowy.

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

Program będzie realizowany przez podmiot wykonujący działalność leczniczą. Realizator Programu odpowiedzialny będzie za zapewnienie stosownej opieki medycznej uczestniczkom Programu. Badania mammograficzne i ultrasonograficzne będą przeprowadzone zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, z wykorzystaniem sprzętu spełniającego normy określone przepisami prawa i posiadającego niezbędne certyfikaty. Realizator będzie posiadał polisy ubezpieczeniowe OC i NWW na czas i zakres realizacji zadań w ramach Programu, gwarantujące zabezpieczenie roszczeń wynikających ze zdarzeń medycznych oraz infrastrukturę, w tym informatyczną, która pozwoli na bezpieczne przechowywanie pozyskanych w ramach Programu danych. Wykonawca będzie również zobowiązany do przestrzegania zasad bezpieczeństwa i higieny pracy. Udział w Programie jest dobrowolny i bezpłatny. O włączeniu do Programu będzie decydować kolejność zgłoszeń.

➤ **Wymagania dotyczące personelu uczestniczącego w realizacji Programu:**

Interwencje w ramach Programu musi wykonywać personel posiadający odpowiednie kwalifikacje, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.

Tabela nr 8. Wymagania dotyczące personelu uczestniczącego w realizacji Programu:

Działania	Kwalifikacje personelu
Kwalifikacja przed badaniem mammograficznym	Przedstawiciel zawodu medycznego, osoba posiadająca wiedzę i doświadczenie w zakresie kwalifikowania do wykonania mammografii.
Wykonanie mammografii	Technik elektoradiologii z udokumentowanym szkoleniem z zakresu mammografii (praktyczne i teoretyczne), szkolenie z zakresu prowadzenia kontroli jakości w mammografii oraz udokumentowanym doświadczeniem w wykonywaniu mammografii (co najmniej dwóch techników).
Ocena badania wraz z wykonaniem opisu	Lekarz specjalista radiologii lub rentgenodiagnostyki, lub radiodiagnostyki, lub radiologii i diagnostyki obrazowej, lub lekarz ze specjalizacją I stopnia w zakresie radiologii lub rentgenodiagnostyki, lub radiodiagnostyki, z udokumentowanym odpowiednim doświadczeniem w dokonywaniu oceny mammografii skryningowych, posiadający aktualne prawo wykonywania zawodu (co najmniej dwóch lekarzy).
Wykonanie USG	Lekarz specjalista radiologii lub radiodiagnostyki, lub radiologii i diagnostyki obrazowej lub lekarz ze specjalizacją I stopnia w zakresie radiodiagnostyki lub - lekarz specjalista, który ukończył specjalizację obejmującą uprawnienia ultrasonograficzne w zakresie określonym w programie specjalizacji, posiadający aktualne prawo wykonywania zawodu.
Konsultacje lekarskie	Lekarz onkolog lub chirurg onkolog posiadający aktualne prawo wykonywania zawodu oraz posiadający co najmniej 5-letnie doświadczenie zawodowe lub chirurg/ginekolog posiadający aktualne prawo wykonywania zawodu oraz posiadający co najmniej 5-letnie doświadczenie w konsultowaniu kobiet w zakresie wykrywania raka piersi.
Działania edukacyjne – edukacja kobiet	Pielęgniarka lub położna posiadająca aktualne prawo wykonywania zawodu lub specjalista zdrowia publicznego, osoba posiadająca doświadczenie dydaktyczne w pracy z grupą docelową oraz posiadająca wiedzę z zakresu profilaktyki raka piersi.
Działania administracyjno-organizacyjne, w tym koordynator Programu	Osoba posiadająca doświadczenie odpowiadające realizowanym działaniom administracyjno-organizacyjnym.

➤ **Wymagania dotyczące wyposażenia i warunków lokalowych:**

Tabela nr 9. Wymagania dotyczące wyposażenia i warunków lokalowych

Działania	Infrastruktura
Badania mammograficzne	Wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną, w tym:

	<ul style="list-style-type: none"> · Mammograf o parametrach nie niższych niż do mammografii skryningowej obu piersi – zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, · System komputerowy z dostępem do Internetu oraz drukarką. <p>Pracownia mammograficzna (stacjonarna i mobilna). W przypadku pracowni mobilnej Wykonawca zapewni stanowisko postojowe.</p>
USG Piersi	<p>Wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną, w tym:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ aparat USG z głowicą liniową, szerokopasmową, wieloczęstotliwościową o wysokiej rozdzielczości liniowej i skali szarości pracującą w przedziale co najmniej 2-10 MHz, zalecany komplet głowic o różnych spektrach częstotliwości: 5-13,5 MHz, 13,5-18 MHz; badanie wykonuje się przy użyciu częstotliwości co najmniej 7,5 MHz, - drukarka do USG. <p>Pracownia stacjonarna.</p>
Konsultacja lekarska z badaniem klinicznym	Gabinet lekarski
Działania edukacyjne	<p>Modele piersi do nauki samobadania.</p> <p>Miejsca adekwatne do planowanych działań edukacyjnych.</p>

Interwencje w ramach Programu nie mogą stanowić zagrożenia dla zdrowia i życia uczestniczek Programu. Sprzęt wykorzystywany w Programie musi posiadać niezbędne certyfikaty oraz spełniać wszystkie normy zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, w tym w szczególności Rozporządzeniami:

- Ministra Zdrowia z dnia 18 lutego 2011 r. w sprawie warunków bezpiecznego stosowania promieniowania jonizującego dla wszystkich rodzajów ekspozycji medycznych,
- Ministra Zdrowia z dnia 21 sierpnia 2006 r. w sprawie szczegółowych warunków bezpiecznej pracy z urządzeniami radiologicznymi,
- Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania,
- Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą.

V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej:

V.1. Monitorowanie:

Monitoring realizacji Programu będzie polegał na analizie comiesięcznych sprawozdań przedkładanych przez wykonawcę Programu dotyczących zgłaszalności do Programu, jakości udzielanych świadczeń w ramach Programu oraz efektywności.

Monitoring zgłaszalności będzie obejmował analizę danych (z podziałem na gminy zameldowania) w zakresie liczby:

- kobiet, które zgłosiły się do udziału w Programie,

- kobiet zakwalifikowanych do udziału w Programie,
- kobiet objętych indywidualną edukacją,
- kobiet, u których wykonano badania mammograficzne,
- kobiet zakwalifikowanych do udziału w konsultacji lekarskiej w ramach Programu,
- kobiet, które wzięły udział w konsultacji lekarskiej,
- kobiet, u których wykonano badań USG piersi.

Ocena jakości udzielanych świadczeń będzie prowadzona na podstawie ankiet załączonych do Programu, wypełnionych anonimowo przez uczestniczki Programu oraz uwag przez nie zgłoszonych.

V.2. Ewaluacja:

Po zakończeniu realizacji Programu zostanie przeprowadzona ewaluacja uwzględniająca:

- **ocenę zgłaszalności do Programu w oparciu o dane dotyczące:**
 - liczby osób uczestniczących w edukacji indywidualnej,
 - liczby kobiet uczestniczących w instruktażu samobadania piersi,
 - liczby kobiet, które zgłosiły się na badanie mammograficzne w ramach Programu,
 - liczby kobiet zakwalifikowanych do badania mammograficznego (na podstawie przeprowadzonego wywiadu przed badaniem oraz wyrażonej zgody na badanie),
 - liczby kobiet niezakwalifikowanych do udziału w Programie ze względu na przeciwwskazania zdrowotne bądź inne (należy określić jakie),
 - liczby kobiet z prawidłowym wynikiem badania mammograficznego,
 - liczby kobiet z nieprawidłowym wynikiem badania mammograficznego, które zostały zakwalifikowane do konsultacji lekarskiej w ramach Programu,
 - liczby kobiet z nieprawidłowym wynikiem badania mammograficznego, które nie zostały zakwalifikowane do konsultacji lekarskiej w ramach Programu,
 - liczby kobiet z nieprawidłowym wynikiem badania mammograficznego, które zgłosiły się na konsultację lekarską,
 - liczby przeprowadzonych konsultacji lekarskich i badań usg,
 - liczby kobiet, które zrezygnowały z udziału w Programie, przed jego ukończeniem wraz ze wskazaniem przyczyny rezygnacji,
 - liczby kobiet, które zostały skierowane na pogłębioną diagnostykę/leczenie (poza Programem).

Wykonawca Programu zobowiązany będzie do prowadzenia wykazu uczestników Programu, w formie elektronicznej bazy danych w arkuszu kalkulacyjnym Microsoft Excel obejmującego:

- dane uczestniczki Programu:
 - imię i nazwisko,
 - numer PESEL (data urodzenia, wiek),
 - miejscowość zameldowania,
 - data wyrażenia zgody na udział w Programie (w tym na edukację, naukę samobadania piersi oraz badanie mammograficzne, konsultację lekarską, USG,)
 - datę wyrażenia zgody na udostępnienie danych osobowych i kontakt,
 - datę wykonania mammografii/konsultacji lekarskiej /USG,

- datę zakończeniu udziału w Programie,
- dane kontaktowe: adres do korespondencji oraz numer telefonu do kontaktu,
- datę i miejsce realizacji badania mammograficznego,
- datę i miejsce realizacji konsultacji lekarskiej/badania USG.

▪ **ocenę jakości udzielanych świadczeń w ramach Programu:**

Ocena jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych w ramach Programu zostanie dokonana na podstawie analizy ankiet przeprowadzonych anonimowo wśród odbiorców Programu oraz uwag zgłoszonych przez uczestników Programu.

- informację o liczbie kobiet realizujących działania profilaktyczne ukierunkowane na raka piersi w zakresie badań przesiewowych (mammografia/USG piersi) - przed udziałem w Programie,
- informację o liczbie wcześnie wykrytych nowotworów piersi w populacji kobiet, u których wykonano badania w ramach Programu.

Po realizacji Programu zostanie przygotowany raport, w którym przeanalizowane zostaną wskaźniki kluczowe dla realizacji Programu (zarówno pod kątem zgłaszalności jak i jakości świadczeń). Dane uzyskane w wyniku analizy będą służyć ewentualnej korekcie działań w przyszłych latach w przypadku realizacji Programu, tak by maksymalizować efekty Programu.

Wyniki ewaluacji zostaną przedstawione w raporcie końcowym z realizacji Programu.

VI. Budżet programu polityki zdrowotnej:

VI.1. Koszty jednostkowe.

Tabela 10. Planowany jednostkowy koszt działań w ramach Programu adresowanych do kobiet w wieku 45-49 lat.

Kalkulacja kosztu jednostkowego wg poszczególnych kategorii	Planowany koszt w zł brutto ²⁷
1. Badanie mammograficzne z opisem	130 ²⁸
2. Indywidualna edukacja wraz z instruktażem samobadania piersi (w tym test przed i po edukacji oraz weryfikacją umiejętności samobadania piersi)	30
Razem (suma pkt 1-2)	160
3. A. Konsultacja lekarska z badaniem klinicznym oraz usg piersi z opisem	220 ²⁹
3. B. Konsultacja lekarska z badaniem klinicznym	160 ³⁰

²⁷ Powyższe kalkulacje stanowią symulację kosztów jednostkowych według poszczególnych kategorii, faktyczny koszt jednostkowy powyższych interwencji oraz jego składowych zostanie określony przez oferenta w procedurze konkursowej.

²⁸ W symulacji kosztów uwzględniono dane z cenników zamieszczonych na stronach internetowych podmiotów realizujących przedmiotowe świadczenie (ceny uśredniono)

²⁹ W symulacji kosztów uwzględniono dane z cenników zamieszczonych na stronach internetowych podmiotów realizujących przedmiotowe świadczenie (ceny uśredniono)

³⁰ W symulacji kosztów uwzględniono dane z cenników zamieszczonych na stronach internetowych podmiotów realizujących przedmiotowe świadczenie (ceny uśredniono)

Razem (suma pkt 1-2 + 3A)	380 zł
Razem (suma pkt 1-2 + 3B)	320 zł

VI.2. Koszty całkowite.

Tabela nr 11. Planowane koszty całkowite realizacji „Programu polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki i wczesnego wykrywania raka piersi wśród mieszkank powiatu poznańskiego”³¹

Koszty całkowite w poszczególnych kategoriach kosztów	Planowany koszt w zł brutto
Koszt badań mammograficznych (130 zł x 1200)	156 000,00
Koszt edukacji indywidualnej adresowanej do kobiet (30 zł x 1200)	36 000,00
Koszt konsultacji lekarskich z badaniem klinicznym oraz usg piersi (220 zł x 240 ³²)	52 800,00
Koszt opracowania, druku i dystrybucji ulotek edukacyjnych	2 000,00
Koszty promocyjno-informacyjne (w tym m.in. plakaty, informacje w mediach)	12 000,00
Koszty administracyjno-organizacyjne, w tym rejestracji, kwalifikacji, zbierania i przetwarzania danych związanych z monitorowaniem i ewaluacją Programu, koordynator Programu (przedstawiciel Wykonawcy Programu) oraz inne niezbędne dla prawidłowej realizacji Programu	41 200,00
Razem	300 000, 00 zł

Nie skalkulowano kosztów monitoringu i ewaluacji, ponieważ będą one prowadzone przez pracowników Starostwa Powiatowego w Poznaniu, na podstawie informacji przedkładanych przez Wykonawcę Programu.

VI.3. Źródła finansowania:

Program zostanie sfinansowany ze środków budżetowych Powiatu Poznańskiego (w 2022 r. w wysokości 30 000, 00 zł, w 2023 r. – 270 000, 00 zł).

VI. 4. Kontynuacja Programu:

Kontynuacja „Programu polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki i wczesnego wykrywania raka piersi wśród mieszkank powiatu poznańskiego” w kolejnych latach uzależniona będzie

³¹ Powyższa kalkulacja stanowi symulację kosztów według poszczególnych kategorii kosztów faktyczne koszty zostaną określone przez oferenta w procedurze konkursowej.

³² Przyjęto, że 20% kobiet u których wykonano badanie mammograficzne w ramach Programu będzie wymagało konsultacji lekarskiej wraz z badaniem usg. W sytuacji, gdy lekarz zdecyduje, że usg nie będzie wykonane, koszt konsultacji będzie niższy, a niewykorzystane środki zostaną zwrócone przez Wykonawcę Programu w ramach rozliczenia dotacji przyznanej na realizację Programu.

od możliwości finansowych Powiatu Poznańskiego, aktualnych regulacji prawnych w omawianym temacie, a także efektów realizacji ww. Programu pilotażowego.

Bibliografia:

- 1) <http://aotm.gov.pl/>;
- 2) <https://stat.gov.pl/>;
- 3) <http://www.nfz.gov.pl/dla-pacjenta/programy-profilaktyczne/>;
- 4) <http://onkologia.org.pl/>;
- 5) „Nowotwory złośliwe w Polsce w 2019 r., Narodowy Instytut Onkologii, Warszawa 2021 r.
- 6) „Nowotwory złośliwe w Wielkopolsce w 2018 roku”, Wielkopolskie Centrum Onkologii, Poznań 2020 r.;
- 7) „Profilaktyka obrzęku limfatycznego po leczeniu raka piersi. Raport w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów”, Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji,
- 8) Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 marca 2021 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2025 (Dz. U. z 2021 r., poz. 642);
- 9) Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 lutego 2017 r. w sprawie wzoru programu polityki zdrowotnej, wzoru raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej oraz sposobu sporządzenia projektu programu polityki zdrowotnej i raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej (Dz. U. z 2017 r., poz. 2476);
- 10) Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2021 r. w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych (Dz. Urz. MZ z 2021 r. poz. 69),
- 11) Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 15 października 2021 r. w sprawie krajowego planu transformacji (Dz. Urz. MZ. z 2021 r. poz. 80),
- 12) Obwieszczenie Wojewody Wielkopolskiego z dnia 17 grudnia 2021 r. w sprawie ogłoszenia wojewódzkiego planu transformacji (Dz. Urz. z 2021 r. poz. 9999).

**Ankieta jakości świadczeń realizowanych w ramach „Programu polityki zdrowotnej
z zakresu profilaktyki i wczesnego wykrywania raka piersi wśród mieszkank powiatu poznańskiego”
(etap podstawowy)**

Szanowna Pani,

Uprzejmie prosimy o anonimowe wypełnienie ankiety, które wyniki służyć będą ocenie jakości świadczeń realizowanych w ramach Programu. Po wypełnieniu prosimy o jej przekazanie wyznaczonej osobie lub pozostawienie we wskazanym miejscu.

Odpowiedzi na pytania od I do III prosimy zaznaczyć poprzez wstawienie znaku X we właściwej kolumnie. Ocena 5 – oznacza ocenę najwyższą, a ocena 1 – ocenę najniższą.

I. Ocena rejestracji:

Jak Pani ocenia:	5	4	3	2	1
1. uprzejmość osób rejestrujących?					
2. dostępność rejestracji telefonicznej?					

II. Ocena edukacji zdrowotnej:

Jak Pani ocenia:	5	4	3	2	1
1. uprzejmość edukatora?					
2. przygotowanie merytoryczne edukatora?					
3. zrozumiałość przekazywania informacji?					
4. atrakcyjność i przydatność materiałów edukacyjnych?					

III. Ocena badania mammograficznego:

Jak Pani ocenia:	5	4	3	2	1
1. uprzejmość i życzliwość personelu?					
2. czas oczekiwania na badanie po zgłoszeniu się do pracowni?					
3. warunki panujące w pracowni?					

IV. W jaki sposób dowiedziała się Pani o realizowanym Programie? (proszę zaznaczyć tylko jedną odpowiedź poprzez jej podkreślenie).

- a) z Internetu,
- b) z mediów (radio, telewizja, prasa),
- c) z podmiotu leczniczego/od lekarza, pielęgniarki, położnej innej osoby personelu medycznego,
- d) od znajomej/innej uczestniczki Programu,
- e) z innych źródeł (z jakich? – proszę określić)

V. Czy uważa Pani, że Program powinien być kontynuowany w kolejnych latach? (proszę zaznaczyć tylko jedną odpowiedź poprzez jej podkreślenie).

- a) tak
- b) nie

VI. Dodatkowe uwagi/opinie:

.....
.....

Dziękujemy za wypełnienie ankiety.

**Ankieta jakości świadczeń realizowanych w ramach „Programu polityki zdrowotnej
z zakresu profilaktyki i wczesnego wykrywania raka piersi wśród mieszkanek powiatu poznańskiego”
(etap pogłębiony)**

Szanowna Pani,

Uprzejmie prosimy o anonimowe wypełnienie ankiety, które wyniki służyć będą ocenie jakości świadczeń realizowanych w ramach Programu. Po wypełnieniu prosimy o jej przekazanie wyznaczonej osobie lub pozostawienie we wskazanym miejscu

Odpowiedzi na pytania od I do III prosimy zaznaczyć poprzez wstawienie znaku X we właściwej kolumnie. Ocena 5 – oznacza ocenę najwyższą, a ocena 1 – ocenę najniższą

I. Ocena rejestracji:

Jak Pani ocenia:	5	4	3	2	1
1. uprzejmość osób rejestrujących?					
2. dostępność rejestracji telefonicznej?					

II. Ocena konsultacji lekarskiej:

Jak Pani ocenia:	5	4	3	2	1
1. uprzejmość lekarza?					
2. zrozumiałość przekazywanych informacji?					
3. warunki panujące w gabinecie?					
4. czas oczekiwania na przyjęcie przez lekarza po zgłoszeniu się w podmiocie?					

III. Ocena badania USG:

Jak Pani ocenia:	5	4	3	2	1
1. uprzejmość personelu?					
2. warunki panujące w pracowni?					

IV. Dodatkowe uwagi/opinie:

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

Dziękujemy za wypełnienie ankiety.